This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Monatsschrift fuer Ohrenheilkunde

Digitized by Google

No. .....

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. N. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Prof. Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schaprinzer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. E. **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER
Wien.

Prof. Dr. v. SCHRÖTTER
Wien.

Prof. Dr. PH. SCHECH
München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL
Wien.

Einunddreissigster Jahrgang.

Berlin 1897.

Verlag der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung

(Oscar Coblentz).

Digitized by Google

BOSTON MEDICAL
FEB 12 1898
LIBRARY.

CATALOGUED
FEB 12 1898
E. H. B.

Digitized by Google

I. Sach-Register.

Die fettgedruckten Ziffern bedeuten Original-Arbeiten.

Abscess bei Kindern, der peritracheolaryngeale **134**.
—, ein Fall mit subduralem 69.
Abscesse der Nasenscheidewand, über **260**.
— — —, über die entzündlichen 127, 258.
— — —, über warme **352**.
—, über die perilaryngotrachealen **460**.
Acetylenbeleuchtung in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie **579**.
—, Apparat zur für rhinolaryngologische Zwecke 577.
Acidum trichloraceticum, Erfahrungen mit **88**, **172**.
Acusticusaffection **86**.
Adenoiditis, acute bei Erwachsenen **403**.
Adenom der Schilddrüse, über das maligne **131**.
— der Schilddrüsenanlagen, das bösartige **131**.
Aneurysma der Arteria pharyngea ascendens 26.
Aneurysmata der unteren Halsgegend, Behandlung der durch Ligatur der Carotis communis dextra und der Subclavia dextra zugleich 270.
Angina Ludovici, über **364**.
Angina mit Friedländer'schen Bacillen, die **83**.
— mit Pneumococcen und Angina mit Diphtheritisbacillen **421**.
— pseudomembranacea mit Friedländer'schen Bacillen **524**.
— syphilitica, Beitrag zur 177.
—, über primäre gangränöse 368.
—, pseudomembranöse mit Streptococcen **82**.
Anginen, über die Frage der **364**.
Angiome der Stimmbänder, über **132**.
Angio-Sarcom des Gehörganges, über einen operirten Fall von **454**.
Anomalie, eine seltene **560**.
Antidiphtherieserum bei Croup 362.
—, Beobachtungen über die Wirkung des als therapeutisches u. prophylactisches Mittel 358.
Antistreptococcen-Serumtherapie bei chronischer Rhinitis mit Nachweis von Streptococcen 128.
Aortenaneurysma, das Oliver'sche Symptom bei **454**.
Aphonie, functionelle mit Taschenbandphonation 343.
—, functionelle und die varicösen Venen an der Zungenbasis 228.
— bei Tuberculose, Fall von nervöser 187.

Digitized by Google

Aprosexie, Convulsionen und Adenitis, herrührend von pathologischen Veränderungen der Mund-, Zungen- und Pharynxdrüsen 459.
Aqua oxygenata in der Oto-Rhinologie, ihre hämostatische und antiseptische Bedeutung 42.
Arteria pharyngea ascendens, zwei Fälle von Vergrösserung der 422.
Asepsis bei der Behandlung von Ohreiterungen, zur 417.
Atrophie des Zungengrundes in Folge hered. Lues, über das Auftreten glatter 177.
Attic, pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zu den Erkrankungen des äusseren 289.
Autoinfection in der Otologie, über 438.
Autoscopie, über **204**.
— des Nasenrachenraumes, die 129.
Axolotl, zur Entwicklungsgeschichte des schallleitenden Apparates des 118.

Bericht über die im Jahre 1896 an der k. k. Universitätsklinik des Prof. Jos. Gruber behandelten klin. und ambulatorischen Kranken **189, 369.**
— der Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten, dirig. von Geh. Rath Prof. Dr. B. Fränkel 222.
— über den zweiten österreichischen Otologentag 273.
— über die Section XIIa für Ohrenkrankheiten des XII. internationalen medic. Congresses in Moskau 401, 436.
— über die Section XIIb des XII. internationalen med. Congresses in Moskau. Krankheiten des Larynx und der Nase 500, 568.
Berufsredner und Sänger, die Erkrankungen der 242.
Bewegungserscheinungen bei Einwirkung verschiedener Töne auf das Ohr 499.
Bluthusten und Hautemphysem nach necrotischer Larynxfractur 264.
Blutung, schwere nach Tonsillotomie 261.
—, tödtliche durch Bersten einer Varice des Oesophagus bei Lebercirrhose 421.
Blutungen, experimentell erzeugte 75.
Bronchitis, Behandlung der putriden mittelst Einspritzungen von Höllenstein in die Trachea 133.
Bronchus, Fremdkörper während 24 Jahren im 367.
—, Bohne in dem linken eines Kindes 83.
Bulbärparalyse, Beitrag zur Lehre von der apoplectif. 177.

Canalis caroticus, Bemerkungen über den mit Bezug auf practische Ohrenheilkunde **1.** Nachtrag **175.**
Cancer laryngis. Diagnose und Therapie 506, 507.
Carcinom am Anfang des Oesophagus, ein Fall von 176.
— der Mandel und des Pharynx, operirt ohne Recidive 365.
— des äusseren Ohres, über das 118.
— des Pharynx, Pathogenie und Behandlung des 459.
Carina tracheae, die, ein Beitrag zur Kenntnis der Bifurcation der Luftröhre 137.
Catheterismus, über eine einfache Methode, um beim — Infectionen der Mittelohrschleimhaut durch Einblasen von Nasensecret zu vermeiden 347.
Choanalpolypen 32.
Choanen, die Asymmetrien d. knöchernen 44.
—, ein Fall von angeborenem doppelseitigen knöchernen Verschluss der **105.**
Choanenverlegung durch Schwellung der Tubenwülste **112.**
Choanenzange, eine 353.
Cholesteatom des Mittelohrs mit pyämischen Erscheinungen, Vorstellung eines Falles von 71.
—, zur operativen Behandlung des im Schläfebein 66.
Chorditis vocalis inferior hypertrophica 224.
Cocainlösungen bei hoher Temperatur zur localen Anästhesie 423.
Concrementbildung im Ohr bei chronischer Mittelohreiterung **58.** Nachtrag **117.**
Consonanten, die Stellung der in der Tonreihe 347.

Digitized by Google

Cricoarytänoidgelenkes, über eine Eigenschaft des 515.
Cricoarytenoideï postici, Lähmung der bei Gonorrhoe 366.
Cricothyrotomie, acht Fälle von wegen endolaryngealen Tumoren 526.
Crista supramastoidea des Schläfenbeines, über die 118.
Croup, Intervention bei — bei Scheintod 528.
—, Intubation während sechs Monaten durchgesetzt 224.
— und Diphtherie, die feineren Veränderungen in den Luftwegen bei 177.
Curetten, Demonstration von galvanocaustischen für die unteren Muscheln 515.
Cyste im äusseren Gehörgange 170.
— in der Plica glosso-epiglottica 217.
Cysten der Epiglottis und schwarze Zunge 343.
Cyste, sero-mucöse des Halses, der Zungenbasis und des Kehlkopfes 130.
—, wallnussgrosse mit serösem Inhalt in der Gegend der Pharyngealmündung der Tuba Eustachii dextra 169.

Dermatosen des Gesichtes, Zusammenhang gewisser Affectionen der Nasenhöhlen mit 43.
Diphtherie, Beitrag zur pathologischen Anatomie der 176.
—, Beiträge zur Kenntniss des pathologisch-anatomischen Befundes im Mittelohr und in den Keilbeinhöhlen bei der genuinen 76.
—, Betrachtungen über Natur und Diagnose der 181.
— der oberen Luftwege und der Croup 363.
— — — — — in ihren Beziehungen zum Croup, die 136.
— und Heilserum 176.
Diphtheriebacillen, über verzweigte 365.
Diphtheriebehandlung in der chirurgischen Klinik zu Halle, über die Resultate der, 1890—96 176.
Diphtheriestatistik, Beiträge zur 177.
Diphtheritis mit fremdartig. Microbenassociation, Selbstbeobachtung von 364.
— nach Scharlach 527.
Diphtheritis, über den Kampf gegen die 358.
—, über die bacteriell. Mischformen bei 267.
—, zwei Fälle von 366.
Diphtheroiden Erkrankungen des Rachens, zur Casuistik der 177.
Diverticulum, pulsirendes der Speiseröhre 225.
Doppelbatterieeingriff und Hilfsstrom in der electro- und katalytischen Praxis 542.
Doppelmassage und ihre Wirkung bei Erkrankungen des Mittelohrs, über 350.
Drüsenkrebs des weichen Gaumens, ein gestielter 366.
Durchgängigkeit der Nase, eine neue Methode, diese zu messen 580.
Durchleuchtung, über die Bedeutung der, für die Diagnose der Kieferhöhleneiterung 122.

Ectopie der Zähne, spec. in Beziehung zur Eiterung des Antrum Highmori 121, 176.
Eiteransammlungen, einige Fälle von unregelmässigen 567.
Eiterungen, Behandlung der atticomastoidealen und der in ihrem Gefolge auftretenden intracaniellen Complicationen 405.
Electrolyse, zur therapeutischen Verwerthung der in Nase und Nasenrachenraum 351.
Empyem des Proc. mastoideus, über operative Behandlung bei 118.
— der Stirnhöhle, ein Fall von 453.
Empyema antri Highmori 121.
— — —, zur Diagnostik und Therapie des 121.
Endocarditis mit Staphylococcen von den Mandeln ausgehend, auf den Valvulae sigmoides der Arteria pulmonaris sitzend 318.
Enuresis nocturna, ein Fall von 452.
— — im Zusammenhang mit aden. Vegetationen im Nasenrachenraum 121.
Epiduralabscess nach Mastoiditis 415.
Epiglottis, Methode, die rückwärtsliegende bei endolaryngealen Operationen emporzuheben 525.
—, Nutzen der directen Untersuchung der bei diphtherit. Kindern 355.

Digitized by Google

Epiglottiscyste, Fall von 424.
Epithelialtumor, im Gewebe der Schilddrüse sich entwickelnder und den Erstickungstod durch Compression bewirkender 46.
Epitheliom im äusseren Gehörgange, ein seltener Fall von 168.
Epithelioma des Larynx und des Oesophagus nach Syphilis und Tuberculose 363.
— der linken Mandel, des hinteren Gaumenbogens und des Zäpfchens 272.
Erythem bei Angina und Diphtherie, Beiträge zur Lehre und Casuistik 177.
Eunuchenstimme, über 422.
Exfoliation der Schneckenspitze 497.
— des knöchern. Schneckengehäuses 497.
Exostose im Rachengewölbe, zufällig mit der Operation adenoider Vegetationen beseitigt 265.
Exostose, obturirende nach Ablösung der Muschel und der hinteren Gehörgangshaut, aus dem gesunden Knochen ausgemeisselt 442.
Exostosen am inneren Ende des Gehörganges, über hanfkorngrosse, symmetrische 211.
— des äusseren Gehörgangs, über die 118.
Exostosenbildung an den Enden des Annulus tympanicus 248.
Experiment von Politzer, über das 452.
Exsudation in der Trommelhöhle bei mechanischer Compression der Tuba Eustachii, über 167.

Fallopi'schen Canales, die Chirurgie des 404.
Falsetstimmen, neue Untersuchungen über 269.
Feier, academische, zu Ehren des Prof. Dr. Jos. Gruber 463.

Gaumenbögen, Perforation der beiden vorderen 27.
Gaumenbogens, ein Fall von erworbener Perforation des vorderen 521.
Gaumensegels, intermittirende Parese des bei Neurasthenie 583.
Gehirnabscess in Folge von acuter oder chronischer Mittelohrentzündung, über 413.
Gehirnabscess, zur Diagnose des 412.
Gehörabscess 562.
Gehörorgan, seltene anatomische Varietäten im 74.
—, Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie des 443.
—, über traumatische Läsionen des 118.
Gehörschnecke, Beitrag zur Lehre von der Function der 305.
Geräusche, zur Wahrnehmung der 77.
Geschmacksempfindungen, über Substanzen, welche diese beeinflussen 176.
Geschmacksinnes, eine neue Methode zur Untersuchung des 452.
Geschwulst am Halse, interessanter Fall einer gutartigen 129.
Geschwülste, über die gutartigen der Uvula und des weichen Gaumens 176.
Gesellschaft, Oesterreich. otologische 166, 211, 248, 273, 496, 562.
— der ungarischen Ohren- u. Kehlkopfärzte, Sitzungs-Berichte der 511.
—, 26. Congress der deutschen für Chirurgie 459.
—, Sitzungen der Laryngologischen in London 217, 342.
—, Niederländische für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde 27, 447.
Gesichtes, Missbildungen und Entstellungen des 580.
Gewächs, ein aus dem Naso-Pharynx entferntes 218.
Gewichtsbestimmungen an den Kehlkopfknorpeln 359.
Glottiskrampf bronchopneumonischen Ursprungs 526.
Gummibougies, über die Anwendung von bei chronischer catarrhalischer Affection des Cavum tympani 402.
Gurgelstoffen, Beobachtungen über die Häufigkeit der Aufnahme von in den Körper 177.
Gypsabgüsse des Oberkiefers bei adenoiden Vegetationen 33.

Habitus, über adenoiden 81.
Hallucinationen, über einseitige mit besonderer Berücksichtigung eines Falles von einseitigen Gehörhallucinationen 118.
Halsabscess, ein Fall von tiefem nach Otitis media purulenta 31.

Digitized by Google

Halsdrüsenschwellungen, der Zusammenhang von einfachen chronischen u. tuberculös. mit cariösen Zähnen 177.
Halsspiegel, sterilisirbare **556**.
Handtelephon, transportables zur Entlarvung einseitiger Taubheit 443.
Hauttuberculose durch Autoinfection 368.
Heilserums, der Einfluss des auf die Diphtherie 176.
Heiserkeit, chronische bei einem Patienten mit chronischer Rhinitis 219.
Herpes zoster gangraenosus (hystericus?) **250**.
Hirnabscess, ein Fall von otitischem 518.
Hirnabscesse, ein Fall von otitischen im Hinterhauptslappen 125.
Hirnnervenparalyse, ein Fall von multipler 455.
Hohlraum, ausgedehnter, am Halse ähnlich einer Fistula colli congenita 218.
Hörschärfe, Beitrag zur Bestimmung der normalen **347**.
Hörvermögen der Taubstummen, das **347**.
Hustens, über einige ungewöhnliche Ursachen des 461.
Hyperostosen, symmetrische hochgradig entwickelte 214.
Hypophysis, über die Geschwülste der 121.
Hysterische Anfälle, Wirkung des Reflexes des Pharynx und gewisser Hauptregionen auf die 262.

Immunität der Gallinaceen gegen die Tuberculose des Menschen 363.
Inhalationstuberculose, über die primären Localisationen der 175.
Innervation des Kehlkopfes, ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der 223.
Intracranielle Complicationen bei Mittelohrerkrankungen, zur Casuistik der 416.
— —, Beitrag zum Studium der, welche im Verlaufe von Eiterungen in benachbarten Schädelgegenden entstehen 457.
— — der eitrigen Mittelohrentzündung 415.
Intracranielle Erkrankungen, zur Lehre von den otitischen 296.
Intubation, aussergewöhnliches Ereigniss bei der 354.

Jacobson'schen Organes, über das postembryonale Weiterbestehen des 121.
Jahresbericht, VIII. aus dem Ambulatorium des Professor Dr. Stetter. Erfahrungen im Gebiete der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten **89, 143.**
— über die an den deutschen Universitäten erschienenen Dissertationen 1895/96 118.

Kehlkopf, Blutegeln im **22**.
—, Fremdkörper im 39.
Kehlkopfes, über Betheiligung des bei Leiden des Central-Nervenapparates **448**.
Kehlkopfcarcinom, Verlauf eines 219.
Kehlkopfcatarrhs, der Begriff des 504.
Kehlkopfcatarrhen, über operative Behandlung von 570.
Kehlkopferkrankung, ein bisher noch nicht beschriebener Fall von — mit Entwicklung und Abstossung von Schuppen aus verhornten Epithelialzellen (Laryng. desquam.) **387**. Bemerkung zu obigem Aufsatz **557**.
Kehlkopfkrebses, Beiträge zur Operation des 261.
—, die intralaryngeale Behandlung des 354.
Kehlkopfmuskeln, Beitrag zur Lehre der toxischen Lähmungen der 523.
—, Bleilähmung der 134.
—, Untersuchungen über die Function der 47.
Kehlkopfneubildungen, über die Transformation gutartiger in bösartige 583.
Kehlkopfpapillome bei Kindern, die Behandlung der 134.
Kehlkopfschwindel, über 225.
Kehlkopfspiegel, das Auskochen der **435**.
—, noch einmal das Auskochen der **555**.
Kehlkopfspritze, Ansatz zu der von Chappel angegebenen 26.
Keuchhusten, falscher, durch Vorhandensein eines Fremdkörpers im Larynx eines fünfjährigen Kindes hervorgebracht 47.

Digitized by Google

Kieferhöhle, Bemerkungen zur Probepunction der **45**.
Kieferklemme und ihre Behandlung, die **177**.
Kiefermissbildungen in Folge von Verlegung der Nasenathmung, Untersuchungen über die **121**.
Kleinhirnabscess nach eiteriger Otitis media, ein Fall von **353**.
Krankenjournalschema, otolog. **418**.
Kropf, künstlicher durch Injectionen von Schilddrüsensaft **267**.
—, zur operat. Behandlung des **176**.
Kropfbehandlung mittelst Schilddrüsenfütterung, über **176**.
Kühlapparat für das Ohr 500.

Lähmung, ein Fall von rechtsseitiger 567.
—, beiderseitige der Abductoren und Tensoren bei einem Tabiker **343**.
— des Kehlkopfes aus chirurgischen Ursachen, zehn Fälle von **318**.
Larven in der Nase, Fall von **217**.
Laryngitis, acute nach innerem Jodkaligebrauch **492**.
—, chronische **344**.
— desquamativa **387**, **557**.
— fibrinosa chronica, über **509**.
— hämorrhagica, giebt es eine? **223**.
— rheumatica, über 576.
Larynogologica, de re publica **187**.
Laryngoplegie, ein Fall von **22**.
Laryngoscopie beim Kinde, die **48**.
Laryngotomia intercricothyroidea **419**.
— —, Schattenseiten der **83**.
Laryngotrachealrohres, über das Pulsiren des bei Oesophaguskrebs **188**.
Larynx bei Greisen, über das Eindringen der Fremdkörper in den **269**.
Larynx, Photographien des **577**.
—, ein Blutegel mehr als 20 Tage im eines Mannes **188**.
—, Fremdkörper im **362**, **462**.
—, ein Pferdeblutegel im **462**.
—, der Nase und der Ohren, die Erkrankungen der in Bezug auf die gerichtliche Medicin **420**.
—, Rheumatismus des **462**.
—, Röntgen'sche Photographien des etc. **509**.
Larynx-Blutungen im Verlaufe von Alcohol-Cirrhose **521**.
Larynxcatarrh bei masernkranken Kindern, über **355**.
Larynxexstirpation wegen Myxochondrom **267**.
Larynxexstirpationen, endgiltige Resultate der wegen Carcinom ausgeführten **459**.
Larynxfibrom bei einer schwangeren Frau **522**.
Larynxfractur, Tracheotomie, Thyrotomie **522**.
Larynxgeschwüre, klinische Beobachtungen und experiment. Untersuchungen über durch Tubage **527**.
Larynxkrebs, zwei Fälle von **365**.
Larynxkrise bei einem Tabetiker **368**.
Larynxkrisen bei Tabes dors., über **177**.
Larynxleiden, die äussere Untersuchung bei **522**.
Larynxlähmung, einseitige durch Verletzung des Accessorius Willisii **358**.
Larynxlähmungen bei Typhus **265**.
Larynxnecrose am Ende eines Typhus **584**.
Larynxödem, über ein acutes primäres **524**.
Larynx-Paralysen, Beitrag zum Studium der toxischen **136**.
Larynxperichondritis, seltener Fall von **422**.
Larynxschwindel, über **523**.
Larynxspritze, Demonstration einer **579**.
Larynxstenose nach Typhus, Demonstration einer Patientin mit **448**.
Larynxstenosen, die anatom. Untersuchung des Kehlkopfes bei **262**.
— die Intubation bei **176**.
Larynxtuberculose, Behandlung der mit Auskratzen, Creosot, Wasserstoff-Superoxyd unterstützt von Intubation **502**.
—, Demonstration einer Patientin mit geheilter **450**.
—, ein Fall von **23**.
—, die seit dem XI. internat. Congress in der Localbehandlung der erzielten Fortschritte **500**.
—, Indicationen der chirurg. Behandlung der **501**.
—, primäre **227**.
Larynxtumor, ein Fall von **24**.
Larynxulcerationen, durch Creosot-Injectionen geheilte **23**.
Lepra, Behandlung der mittelst Schilddrüse **272**.

Digitized by Google

Leucoplacia lingualis, buccalis et labialis, über 176.
— oris, über einen Fall von idiopath. 176.
Lipombildung an der Ohrmuschel, seltene 169.
Löffler'schen Bacillus, häufiges Vorkommen des auf der Wundfläche nach Mandelexstirpation 361.
Loretin und seine Anwendung, über das 118.
Luftcyste, Demonstration eines Patienten mit intra-laryngealer 450.
Luftdruckerkrankungen des Gehörorgans, Pathologie der 229.
Luftröhre, Demonstration ein. Fremdkörpers aus der 455.
—, über die Brüche der 176.
Luftverdünnung, period. im äusseren Gehörgange 9.
— im äusseren Gehörgang, über den gegenwärtigen Zustand unserer Kenntnisse über die und über die Massage der Gehörknöchelchen 446.
Luftwege, die Krankheiten der oberen 314.
—, über Fremdkörper der 419.
Luftwegen, Fremdkörper während neun Monaten in den 222.
—, Entfernung eines Fremdkörpers aus den eines 4jährigen Knaben 271.
—, über Fremdkörper in den 176.
—, Fremdkörper in den obersten 423.
— — — — —, Betrachtungen über den Werth der klinischen Symptome der 83.
Luftwegen, wieder ein Blutegel aus den obersten entfernt 520.
—, Rosenkranzperlen in den, Tracheotomie 527.
Luft- und Nahrungswegen, Fremdkörper in den oberen 252.
Lungentuberculose, kleinere Beiträge zur Aetiologie der 263.
Lupus oder Lupus tuberculosus des Kehlkopfes 514.
— und Tuberculosis laryngis, die chirurgische Behandlung von 40.
— des Gaumens und des Kehlkopfs 220.
— tumiclus am Helix der linken Ohrmuschel 251.
Lymphangiosarcom des Mundbodens, ein Fall von 175.
Lymphgefässe der Zunge, über die und ihr Verhalten zur Verbreitung der Zungenkrebses 459.

Macroglossie, über 176.
—, zur Casuistik der musculären 176.
Mahlzahn, Grosser im Sinus maxillaris 130.
Mandelabscess, schwere Allgemeinsymptome bei 362.
Mandelentzündungen bei rheumat. Fieber, Bedeutung der 318.
Mandelerkrankungen, parenchymatöse Einspritzungen von Carbolsäure bei 526.
Mandelhypertrophie, zwei Fälle von larvirter tuberculöser 419.
Mandelsarcoms, Arsenikbehandlung des 584.
Mandelschanker, zwei Fälle von syphilitischem 368.
— Beitrag zur Diagnose des 362.
Mandelsteine 269.
Mandeltumoren, gutartige 461.
Mastoiderkrankung, Demonstration eines Falles von seit sieben Jahren geheilter 449.
Mastoiditis, ein Fall von Bezold'scher, geheilt während Erysipelas mit Functionsuntersuchung 479.
Mastoidotomia antero-lateralis 404.
Maul- und Klauenseuche beim Menschen, bacteriolog. Untersuchung eines Falles von 268.
Meningitis bei Säuglingen, über eitrige 118.
— cerebrospinalis epidemica 211.
— serosa nach Mittelohrentzündungen, über 406.
Meningoencephalitis nach Sondirung eines sogenannten Sinus frontalis 257.
Menschendiphtheritis und Vogeldiphtheritis, Beitrag zum Studium der Verhältnisse, welche zwischen bestehen 268.
Messungen des weichen Gaumens mit Darstellung einer neuen Messungsmethode über 176.
Microben, die Vertheidigungsmittel der Nasenhöhlen gegen das Eindringen der 458.
Missbildungen des Ohres, über beiderseitige 303.
Mittelohreiterung, die Behandlung der chronischen 40.
Mittelohreiterungen, Operation bei mit pyämischen Zuständen einhergehenden chronischen 248.

Digitized by Google

Mittelohreiterungen, über die Behandlung der unter besonderer Berücksichtigung des Natrium tetraboricum 118.
—, zur conservativen und operativen Behandlung der chronischen 517.
Mittelohrentzündung der Säuglinge, die 401.
—, die Therapie der acuten 35.
—, eitrige; Abscess im Kleinhirn 77.
Mittelohrentzündungen im Säuglingsalter, über 307.
Mittelohrprocesse, über Behandlungsmethoden bei adhäsiven 77.
Mittheilungen aus der Praxis **22, 153.**
—, casuistische 79, **85**, 171.
—, zwei kleinere 346.
Molluscum pendulum der Tonsille, ein Fall von 525.
Morbus Ménière 248.
Motilitätsstörungen im Kehlkopf, Demonstration eines Patienten mit seltenen 447.
Mukocele d. linken Sinus frontalis 345.
Muschelfrage, zur **321, 373, 425.**
Musculus cricoarytenoideus lateralis, linkerseits Lähmung des nach Influenza 266.
— levator corporis thyroidei von Samuel Sömmering, etwas über die Geschichte des 264.
— ventricularis des Menschen, der 360.
Mutismus, ein 18 Monate andauernder 227.
Mycosis leptothricia, Behandlung der mit Eisenchlorid 48.
Myxom des Larynx 218.
— der Reg. sublingualis und submaxillaris, ein 135.
— des Stimmbandes 218.
Myxoma glandulae thymus in frühem Kindesalter 368.

Nase, die Beziehungen der und ihrer Nebenräume zum übrigen Organismus 220.
—, Fremdkörper aus der 33.
—, — in der, einen Fall von Rhinitis caseosa simulirend 520.
—, Fremdkörper in der und Rhinolithen, über 121.
Nasenbluten, über die Tamponade der Nasenhöhle bei schwerem **57.**
Nasenchirurgie, Betrachtungen über die 581.
Nasendouche und Irrigationen der Nase, experimentelle Beiträge über die 577.
Nasenerkrankungen, Wichtigkeit der bacteriolog. Diagnose bei acuten chronischen exsudativen und hyperplastischen 577.
Nasengeschwülste, einige Bemerkungen über maligne 220.
Nasenhöhle, Beziehungen zwischen und den Geschlechtsorganen des Weibes 518.
Nasenkrankheiten, über Beziehungen der zur Psychiatrie **482, 529.**
Nasenöffner und Inspirator, ein neuer 317.
Nasenoperationen, über Zufälle nach 45.
Nasenpolypen in ihren Beziehungen zu den Empyemen d. Nebenhöhlen, die 221.
—, microscopische Präparate von **579.**
Nasenrachenpolyp, abnorm grosse **153.**
Nasenrachenpolypen, über 122.
—, unmittelbare Exstirpation grosser auf natürlichem Wege 581.
Nasenrachenraums, über die Geschwülste des 121.
Nasensarcom mit Heilung 259.
Nasenscheidewand, Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der 121.
—, die Perforation der 121.
—, Untersuchungen über die Verbiegungen der 121.
—, weitere Erfahrungen über die Behandlung d. Unregelmässigkeiten der 127.
Nasenscheidewand - Verbieg., spontaner Ausgleich der durch einfaches Wegbarmachen des entgegengesetzten Nasenganges 257.
Nasenschleimhaut, Beiträge zur pathologischen Histologie der hypertrophischen 260.
Nasen- und Schnauzenknorpel des Menschen und der Tiere, Beiträgs zur vergl. Anatomie der 121.
Nasenspeculum, selbsthaltendes 576
Nasenspülungen, Gefahren und Unzweckmässigkeit der 260.
Nasenstein, ein ungewöhnlich grosser **154.**
— bei einem 10jähr. Kinde, ein 3,80 g wiegender 418.
Nebenhöhleneiterungen der Nase, eine neue Methode zur Behandlung der 181.

Digitized by Google

Nebenhöhlenempyeme, zur Aetiologie der 121.
Nebenhöhlenerkrankungen. Aetiologie und Diagnose der mit Ausschluss der Kieferhöhle 572, 574.
Necrose und Vereiterung der Bronchialdrüsen, über seltene Vorkommnisse bei 176.
Nervus glossopharyng., Durchschneidungsversuche am 176.
— hypoglossus u. N. cervic. primus, über den Austritt des aus dem Centralorgan des Menschen 176.
Neuritis der Hörnerven, alcoholische 171.

Oberkiefers, ein Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankung des 121.
Oesophagoscopie, über die und ihre klinische Bedeutung 505.
Oesophagotomia externa weg. Fremdkörper bei einem 6 Monate alten Kinde 356.
Oesophagus, Bildungsfehler des 225.
—, Extraction eines Fremdkörpers des, durch die Radiographie entdeckt 359.
—, Fremdkörper im 360.
—, syphilitische Verengerung der oberen Partie des 523.
—, Undurchgängigkeit des 423.
Oesophaguscarcinom mit Perforation in die Trachea 177.
Oesophagusdiverticulum 261.
Ohrblutungen bei Verletzung der grossen Gefässe, über 118.
Ohrcholesteatomen, über Spontanheilung von 118.
Ohren- und Nasenuntersuchungen in der Taubstummenanstalt zu Hildesheim 350.
Ohrensuppositorium 126.
Ohres, die älteste plastische Darstell. einer Verletzung des äusseren 80.
Ohrgeräusch, ein objectiv hörbares 417.
Ohrmuscheln, symmetr. angeborene Missbildung der beiden 167.
Olfactometrie, Beiträge zur 259.
Operation, leichte psych. Aufregung nach einer endonasalen 521.
Osteome der Nasenhöhle, die operative Behandlung der 128.
— — —, über die 121.
Osteomyelitis, acute des Os maxillare superius 527.
— des Oberkiefers, über acute 180.
Osteoporose der Gehörknöchelchen 297.
Otitis externa primaria vom klinischen Standpunkt aus 437.
— media plastica 86.
— — purulenta chronica und ihre Folgen 118.
— — sicca, chirurgische Behandlung der 440.
—, über Behandlung gewisser tödtl. Complicationen bei eitriger und über otitische Pyämie 407.
Otomycosis des äusseren Gehörganges, die 411.
Otorrhoe, einige Worte zur conservativen Behandlung d. chronischen 293.
—, linksseitige 563.
Otosclerose, typische 213.
Ozäna, die Ansichten über die Aetiologie der 122.
—, Demonstration eines Patienten mit geheilter 450.
— und ihre Behandlung mit cuprischer interstitieller Electrolyse 330.
—, über die Behandlung der 434.
—, — 577.
—, zur Therapie der genuinen 82.
Ozäna-Bacillen, Demonstration von microscopischen Präparaten und Culturen von 29.
Ozänafrage, literarische und klinische Studien zur 122.

Pachydermia diffusa 570.
Papilloma durum der Nasen- und Stirnhöhlenschleimhaut 351.
— laryngis 38.
Papillome des Larynx, über die pathol. Anatomie der sogen. 177.
Parachlorphenol als localtherapeutisches Mittel bei tuberculösen Erkrankungen des Kehlkopfes 361.
—, über die Anwendung des bei einigen Erkrankungen der oberen Luftwege 311.
Paracusis Willisii und verwandte Zustände 39.
Pars inferior des Säugethierlabyrinthes, zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der 276.

Digitized by Google

Perceptionsfähigkeit des normalen menschlichen Ohres, zur. Erwiderung auf den Aufsatz von Dr. Jankau **13.**
— — — — —, zur Erwiderung an Dr. Denker **56.**
Perichondritis, die sogenannte idiopathische der Nasenscheidewand **16.**
—, laryngotracheale mit Abscessbildung 266.
Perlbildung nach Radicaloperation 566.
Pharyngealleiden durch Streptococcen, ein Fall von 364.
Pharyngealtasche, über einen Fall von 583.
Pharyngealtuberculose, über 223.
Pharynx, Photographien des 572.
— von einem mit Anti-Streptococcenserum behandelten Scharlachfall 342.
Pharynxhusten bei Kindern 524.
Pharynxparästhesie, zwei Fälle von 271.
Pharynxtuberculose, klinische Studie über primäre und secundäre 526.
Phenol sulfo-ricinicum bei Larynxtuberculose und manchen chronischen Nasen- und Rachenleiden 503.
Phlegmone, sublinguale mit Pneumococcen 423.
Photographie in den oberen Luftwegen, neue Versuche zur 226.
— der Nasenhöhlen und des Kehlkopfes mit Hilfe der Röntgen-Strahlen 129.
Pneumococcenangina, Vergleich der mit der diphtheritischen Angina 362.
Pneumococcenpharyngitis 462.
Polyp des Nasenrachenraums 458.
Polypen der inneren Wangenseite 265.
— — Nasenscheidewand, über den blutenden **155.**
Posticuslähmung bei Gonorrhoe 263.
—, doppelseitige mit Neoplasma an der Zungenbasis 344.
—. experimentelle Beiträge zur Lehre von der 357.
Präparaten, Demonstration von 442.
Punction des ovalen Fensters bei Schwindelanfällen etc., die 411.
Pyämia ex otitide 168.
Pyämie, casuistische Beiträge zur otitischen 408.

Rachenmandel und Ohr **478.**
—, zur Pathologie und Therapie der **389.**
Radicaloperation, ein Fall von 68, 70.
— chronischer combinirter Empyeme der Nase, zur 575.
— (Demonstration) 562.
— bei chron. Mittelohreiterungen und ihre Nachbehandlung, die 118.
— des Proc. mastoid., ein Fall von atypischer 212.
— mit persistenter Oeffnung wegen Schläfebeincholesteatoms 37.
— wegen Cholesteatoms, Demonstration eines Falles von 29.
Radicaloperationen im Kindesalter, über 278.
Radioscopie, Anwendung der zur Diagnose der Erkrankungen der Brustorgane 356.
— — — bei der Diagnose der Thoraxerkrankungen 365.
Ramus maxill. nervi trigemini, Beiträge zur Anatomie des **121.**
Recurrens, gänzl. Lähmung des mit anatomischer Untersuchung 528.
Recurrenslähmung, doppelseit. durch maligne Oesophagus-Verengerung 521.
Reflex-Neurosen, über nasale 454.
Resection der facialen und der nasal. Wand der Kieferhöhle 352.
Respirationsstörungen in Folge von Missbildung der Epiglottis, über 177.
Respirationstractus, Entfernen eines Fremdkörpers aus dem eines vierjährigen Kindes 582.
—, intratracheale Injection bei Erkrankungen des 26.
Rhinitis caseosa, über einen Fall von 317.
— — und Rhinolith 346.
— sicca anterior, klinisch-anatomische Beiträge zur 42.
Rhinolithen, künstl. Entfernung eines einen Kirschkern enthaltenden **65.**
—, über einen aus Schwefeleisen bestehenden nebst Bemerkungen über Schwefelwasserstoffbildung innerhalb der Nase **63.**
Rhinologie des Hippokrates, die 120.
—, die hippokratische 258.
Rhinoscopie, Befunde im Naseninnern von skelettirten Rassenschädeln bei vorderer 256.

Digitized by Google

Riechmessern auf Fuss, Demonstration von 452.
Röntgenstrahlen zur Diagnose der Lungenkrankheiten 420.
— bei der Diagnose der Lungentuberculose, Anwendung der 353.
— in der Rhino- und Laryngologie, über die Verwerthung der 258.

Sängerknötchen, Behandlung der 260.
Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre, das 193.
— der Mandeln, Behandlung des mit Arsenik 318.
— der Nase 342.
— des Nasenrachenraumes, ein geheilter Fall von 456.
Sarcome des Mittelohres, über 118.
— der Nasenscheidewand, über 120.
Schädelbasisfracturen, ein Beitrag zur Casuistik der 118.
Schädelverletzung, traumat. Bluterguss aus beiden Ohren. Beiderseitige Facialparalyse ohne merkl. Hörstörung 496.
Schallempfindenden Apparates, zur Aetiologie der Erkrankungen des 298.
Schanker der Nasenscheidewand, zwei Fälle von primärem 221.
—, secundärer beider Mandeln, durch Saugen an den Brustwarzen hervorgebracht 419.
Schilddrüse, über die Erscheinungen, die in der nach Exstirpation der sie versorgenden Nerven auftreten 227.
—, über einige Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes bei Thieren nach Exstirpation der 364.
—, zur Physiologie der 130.
Schilddrüsenextractes, tonische Wirkung des 271.
Schilddrüsenkrebs, längl. Freilegung der Trachea als Palliativbehandlung bei 228.
Schilddrüsenpräparate, zur Kenntniss physiolog. und therapeut. Wirkung der 176.
Schilddrüsensaftes, Einfluss des auf die Ernährung 271.
Schläfebeins, eine Fractur selten. Art des 174.
—, Fractur des durch Sturz auf den Schädel 73.
Schläfebein-Caries, ein Fall von 564.
Schlauchsarcom der Nase, ein Fall von 121.
Schleimhautcysten der Oberkieferhöhle, die 266.
Schluchzen, epidemisches 420.
Schussverletzung des rechten Ohres, ein Fall von 70.
Schutzvorrichtung bei der Massage des Trommelfells, über eine einfache 346.
Schwerhörigkeit, über ein neues Verfahren zur Behandlung der, beim chronischen Catarrh und nach Eiterungen der Paukenhöhle 77.
Schwindel und Scheinbewegung, über 294.
Schwindelanfälle, über, welche im Verlaufe von gleichzeit. Erkrankung. des Mittelohres und des Labyrinths entstehen, und deren Behandl. 439.
Sclerose des Proc. mastoid. als Complication der eitrigen chronischen Otiten 436.
Sclerosis aurium, Behandlung von mit Einspritzung von Paraff. liq. 456.
Sehorgans, Störungen des, bedingt durch Erkrankung der Stirnhöhlen 121.
Siebbeinentzündung, Demonstration eines operirten Falles von 449.
Siebbeinknochen, die pathologischen Veränderungen der im Gefolge der entzündl. Schleimhauthypertrophie und der Nasenpolypen 44.
Siebbeinzelleneiterung, beiderseitige mit Polypenbildung 511.
Siebbeinzellennecrose, Bemerkungen zu einem Falle von 516.
Singen, zur Athmungsfrage beim 571.
Singens, über den gesundheitlichen Werth des 270.
Singstimme, Aetiologie und Therapie des Verlustes der 568.
—, über eine Methode der Entwicklung der mittelst Stimmgabeln 355.
Sinus frontalis, über das klinische Bild der acuten Entzündung des 141.
Sinus transversus-Thrombose, Fall von eitriger mit Pyämie nach acuter Mittelohreiterung, durch Operation geheilt 49.
Sinusitis frontalis, primäre subacute 518.
Sitzungsbericht der New-Yorker Academie of Medicine 23.

Digitized by Google

Soor der Mundhöhle, des Nasenrachenraumes und des Larynx, ein ungewöhnlicher Fall von 46.
Spasmus glosso-labialis unilateralis hystericus, über 177.
Speiseröhre, ein falsches Gebiss in der 424.
Spritze zur Anwendung zerstäubter Flüssigkeiten in der Nase 499.
Stimmbänder, doppelseitige Lähmung beider bei Syphilis 272.
Stimmbandknötchen bei Sängern 272.
Stimmband-Paralysen, zur Aetiologie der 133.
Stimmbildung, über die 525.
Stimmbildungscentrum, zu Onodi's 267.
Stimme, über Krankheiten der 570.
Stirnhöhlen, die Erkrankungen der und ihre Behandlung 121.
Stomatitis, membranöse nach Antipyringebrauch 524.
—, ulceröse membranöse nach Anwendung von Antipyrin 362.
Stotternder Kinder, Untersuchungen mit besond. Berücksichtigung des Kehlkopfes 177.
Streptococcenangina mit nachfolgender Gaumensegellähmung 264.
— mit scharlachähnlichem Ausschlag 422.
Stricturen der Eustachi'schen Ohrtrompete, die Behandlung der mittelst Electrolyse 417.
Struma, zur Behandlung der 176.
— maligna carcinomat. substernalis, ein Fall von 176.
Sympathicuskrampf bei Tabes dorsalis, ein Fall von dauerndem 176.
Syphilis hereditaria praecox des Kehlkopfes bei Kindern 460.
Syringomyelie mit bulbären Symptomen, über 177.
—, über einen Fall von mit Anosmie 121.

Tamponträger für den Nasenrachen 45.
Taubheit, zur professionellen 350.
— der Weber, über die 350.
Taubstummen, Nachprüfung der im Jahre 1893 untersuchten 347.
—, Untersuchung des Gehörs bei; über therapeutische Bedeutung der Hörübungen bei Taubstummen und Tauben 441.
Taubstummen, das Verhältniss der zur Biologie und zum Gesetze 41.
Thränenwege, Krankheiten der, bedingt durch Affectionen der Nasenhöhlen 82.
Thymusdrüse, über die Hassal'schen concentrischen Körper der 138.
Thymusdrüsen, Beiträge zur Pathologie der 176.
Thymusgeschwülste, Beitrag zur Diagnostik der bösartigen 177.
Thyreoidinbehandlung bei adhäsiven Mittelohrprocessen 6.
Thyreotomie mit Krankenbericht über die in den letzten 20 Jahren operirten Fälle 24.
Thyreoidimpfung, histologische Studie über die 266.
Thyroiditis, eitrige mit Talamon-Fraenckel'schen Pneumococcen 270.
Thyrotomie, Exstirpation eines malignen Tumors des linken Stimmbandes durch 263.
— beim Larynx-Krebs, die 133.
— bei Larynxcarcinom, über 582.
— wegen Epithelioma des Stimmbandes 361.
— wegen Larynxepitelioma 262.
Tonreihe, continuirliche nach Bezold's Angaben 307.
Tonsilla pharyngea und Plica salpingo-pharyngea in ihrem obersten Theil, die directe Besichtigung und Behandlung der 269.
Tonsillotomie, Fall von schwerer Blutung nach 423.
Torticollis in Folge von adenoiden Vegetationen und einer chronischen Mandelhypertrophie 81.
Trachea, Fremdkörper in der 520.
—, autoplastische Heilung eines gross. Substanzverlustes der 459.
—, über Resection und Naht der 523.
Trachealcanüle, die gewöhnliche durch ein Drainagerohr ersetzt 459.
—, neue 226.
Trachealcondylome 48.
Trachealeinspritzungen von Creosot und Guajacol bei Tuberculose des Larynx und der Lungen, über 421.
Trachealknorpel, über die Elasticität der 516.
Trachealstenose, über syphilit. 176.
Tracheotomie 139.
— wegen Fremdkörper, schwieriger Fall von 367.

Digitized by Google

Trommelfelles, beiderseitige Verwölbung im hinteren oberen Quadranten des **292**.
—, Perforation des bei Otit. med. plastica, künstliche **171**.
Trommelfellöffnungen, üb. d. dauernden Verschluss überhäuteter **350**.
Trommelhöhlenschleimhaut, Untersuchungen über das Verhalten der bei Dehiscenz des Tegmen tympani **251**.
Trommelfell-Polypen, ein eigenartig. Fall von unbeabsichtigter Entfernung eines **55**.
Tubage, Tod durch **48**.
Tubenatresie, über **281**.
Tuberculose der Alveolarfortsätze, über die **177**.
— oder Carcinom, Fall von **217**.
— der oberen Luftwege, Beiträge zur **120**.
— der Nase, über **121**.
— der Rachenmandelhyperplasie, üb. primäre latente **46**.
Tumor am harten Gaumen **218**.
— der Nasenhöhlen, über einen fibrocartilaginösen, zellenartigen und telangiectatischen **258**.
— pharyngis, wahrscheinlich syphilitischer Natur **219**.
— subglottischer **345**.
Tumoren, die gutartigen der Zungenbasis **176**.
— des Nasopharynx, seltene **418**.
— der Tonsille, über maligne **176**.
Turbinectomie bei einem älteren Manne, vordere **343**.
— bei einer Frau, vordere **343**.

Ulcus perforans septi nar., das **122**.
Urticaria der Luftwege, Beitrag zur Kenntniss der **521**.

Vaguslähmung nach Influenza, über **359**.
Vegetationen, neue Zange zur Entfernung adenoider **129**.
—, über die Erfolge der Operation adenoider **121**.
—, über tuberculöse adenoide **367**.
Vegetationen, ein Fall von primärer tödtlicher Blutung nach der Entfernung von adenoiden **115**.
Vergiftung, ein Fall von tödtlicher mit Bacterientoxinen von den Tonsillen aus **367**.
Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand, über totale **121**.
Vestibularsäckchen des Labyrinths, Experimente über die Entfernung der **442**.
Vibrationsmassage der Nase, eine neue Methode der **207**.

Warzenfortsatzes, die Percussion des **28**.
—, Trepanation des **30**.
Wasserstoffhyperoxyds, üb. d. therapeutischen Werth des **215**.
Wattetampons, Apparat zur Anfertigung und Aufbewahrung von sterilisirten **75**.
Winkelhandstück zum chirurgischen Electromotor für Operationen in der Tiefe des Gehörganges, ein neues **298**.
Wucherungen, die Operation der adenoiden unter directer Besichtigung mit gerader Zange **401**.
— des Gaumens, des Pharynx und des Larynx, über einen Fall von papillomatösen **226**.
—, einiges über die Technik der Operation der adenoiden **536**.

X-Strahlen, vom Gebrauche der u. dem fluorescirenden Lichtschirme für die Nase und den Rachenraum **258**.

Zahnwurzelcysten, deren Entstehung, Ursache u. Behandlung, über **122**.
Zunge, über die schwarze od. Glossophytie **263**.
Zungenmandel, Fall von Blutung der **520**.
Zungenspatel mit Gegendruck **266**.

Digitized by Google

II. Namen-Register.

Achard 363.
Adams 415.
Adenot 228.
Alexander **221**, 266, **276**.
Alt 75, **85**, 166, 171, **172**, 211, **229**, 248, 298, 497.
Anrooy 38.
Ardennes **461**.
Aronsohn 227.
Arslan **260**, 368, 460.
Auliffe 417.

Bacon 413.
Baer 175.
Baldewein 120, **258**.
Ballet 267.
Bar 411.
Bark 366.
Barnick 350.
Barth, A. **58**, **117**, **473**.
Barth, Th. 175.
Barth 270.
Barton 26.
Basanova 319.
Baumgarten 511, **514**.
Baurowicz 366.
Bayeux 527.
Beale 217, 363.
Beck 176.
Beckmann **389**.
Béclère 422.
Beez 176.
Benda 262.
Berdach 420.
Berestnew 365.
Bergeat 44, **193**, 256, 359.
Bergmeister 468.
Bezold 347.
Biaggi 422, 581.
Birkett 422.
Blaschy 118.
Blasi 267.
Bloch 118.
Blumenau 368.
Bönniger 176.
Boenninghaus **112**, 352.
Bolt 28, 40.
Boluminski 120.
Bond 217, 218, 259, 267. 345.
Bonnier 525.
Botey 133, 260, 405, 411, 419, 421, 501, 582.
Bouchard 353, 356, 365.
Boucheron 128.
Boulay 265, 271.
Braat 447, 455.
Branca **46**.
Braunberger 118.
Bresgen 260.
Brigel 176.
Brindel 424.
Broca 356.
Brondgeest 40.
Bruck 82.
Bruckmayer 118.
Brühl **6**.
Bull **344**.
Bunch 272.
Burger 37, 450, **456**.
Burney 365.
Bussenius 222, 268.

Castelino 188.
Castex 420, 570, 580.
Catrin 227.
Catti 507.
Chappel 23, 526.
Charmeil 224.
Charrin 271, **318**.
Chiari 132, 506.
Cholewa **586**.
Chrétien 364.
Christiani 266.
Chrysander 176.
Clozier 262.
Cluzel 522.
Coakley 23.
Coffin 26.
Cohen-Kysper 77.
Cohen-Tervaert **450**, 454.
Cohn 120.
Colin **48**.
Combe 269.
Costa 423.
Courtade 129, 266.
Cowen 417.
Cozzolino **404**, **577**.
Crocq 181.

Digitized by Google

Cronemeyer 176.
Cube 579.
Cuvillier 577.

Dalché 362, 524.
Danziger **16.**
David 176.
Davidsohn 118.
Delerel 521.
Delie 226.
Dench 415.
Denker **18.**
Dennert 77.
von Dittel 468.
Donelan 345.
Downie 459, 526.
Doyen 581.
Dreifuss 118.
Druon 584.
Dubousquet-Laborderie 269.
Duel 417.
Durante 270.

Ebner 464.
Edelbrock 121.
Eiselsberg 523.
Escat 48.
Etiévant 367.
Euriquez 267.

Falta 281.
Faquet 268.
Favre 133.
Ferré 268.
Ferreri 269.
Fieux 423.
Fikeis **55.**
Finder 220.
Fischer, O. 176.
Fischer, W. 46.
Fister 520.
Flammer 118.
Flatau 226.
Flatow 134.
Fliess 518.
Foix 187.
Forestier 518.
Forselles **57.**
Fränkel, B. 45, 354.
Fränkel, C. 358.
Frankenberger **492.**
French 577.
Freudenthal 263.
Freysz 176.
Frothingham 24.
Funck-Brentano 225.
Funke 121.
Furet 525.

Garel 221, 583.
Gaultier 462.
Gavino 502.
Gellé 42.
Gerber **220.**
Geronzi 462.
von Gerszewski 121.
Ghika 526.
Giese 121.
Gillette 81.
von Gizycki 118.
Gleitsmann 500, 509, 577.
Gley 271.
Goldzweig 259.
Gomez 418.
Gomperz 292, 307, 499, 566.
Gontscharukow 138.
Gordon 342.
Gottstein 572.
Gouguenheim 82, 127, 258, 352, 368.
Gowring 362.
Goy 176.
Grabower 223, 267.
Gradenigo **141, 434.**
Graf 459.
Grant 218, 219, 343.
Griffin 48, 422.
Griner 419.
Grossmann 357.
Gruber **1**, 66, 73, 168, 169, 170, 174, **175, 189**, 214, 296, 297, 298, **369**, 469, 497, 564.
Grüner **521.**
Guinard 270.
Guye 29, 449.

von Hacker 505.
Hajek 44, 572.
Hammerschlag 75, 305.
Hartmann 401.
Haun 176.
Hausberg 261.
Hébert 83, 524.
Hecht 351.
Heide, van der 32.
Heimann 407.
Heimann, D. 176.
Heindl 423.
Helbing 176.
Hellat 571.
Heller 137, **229.**
Hellmann 351.
Hendelsohn **330.**
Heryng 570.
Herzfeld **63.**
Heymann 136, 318, 504, **523**, 584.
Hill 346.
Hochenegg 360.
Hock 176.
Holland 176.
Honsell 176.
Hopmann **556.**
Hubbard **23.**
Hugel 118.
Hunc 361.
Hupperz 121.
Huysman 27, 28, 35.

Jaccoud 362, 421.
Jacobson 577, 580.
Jahn 118.
Jankau **56, 207,** 317.
Jansen 406, 575.
Iljisch 350.
Israelson 576.
Jullien 419.

Kahn 176.
Kalčić 443.
Kalmikow 363.
Katzenstein 129, 227.
Kaufmann **167**, 212, **248**, 250, 303.
Keller 118.
Kernon **416.**
Klemperer **225.**
Knapp 442.
Koch 83, 121.
Koenig 459.
Koenigsberger 176.
Kofman 459.
Kollbrunner 121.
Kolmer 121.
Körner **435, 555.**
Kotte 176.
Kramer **526.**
Krause **568.**
Krauz 176.
Krebs 45, 350.
Krieg **557.**
Krieger 121.

Digitized by Google

Krönlein 459.
Krumbein 176.
Kuhn 79.
Küsel 121.
Kuttner 224, 460.

Laaser 126.
Lack 342.
Lacroix 43, 257.
Lamann 542.
Lange 81.
Langguth 118.
Lannelongue 363.
Lannois 523.
Lavraud 264, 527.
Lawrence 218.
Lazarus 263, 366.
Lefour 423.
Leiser 176.
Leonard 462.
Lermoyez 83, 419.
Lester 418.
Levrey 48.
Lévy 223.
van Leyden 456.
Liaras 524.
Lichtenauer 176.
Lichtenberg 80, 468.
Lichtwitz 130, 265, 361, 527, 579.
Lindt 269.
Lommel 76.
Löwenstamm 469.
Lubet-Barbou 521.
Lubliner 82.
Luc 457.
Lucae 346, 517.
Luzzati 521.

Macaigne 423.
Macintyre 258.
Mager 229.
Maitland 272.
Malutin 350, 355.
Marcuse 177.
Massei 134, 317, 424, 460, 520.
Matte 347.
Mayer 461.
Mayr 176.
Mendel 265.
Ménétrier 421.
Menier 46.
Menière 402.
Mermod 257.
Meyer, E. 131.
Meyer, J. 118.
Meyer, S. 176.
Michalkin 364.
Michelmore 222.
Michelsen 452.
Middleton 264.
Mierendorff 121.
Millon 524.
Minin 129.
Mink 353.
de Miranda 525.
Mitchell 367.
Molinié 358.
Moll 30.
Monbouyrain 418.
Monjé 121.
Morel-Lavalée 362.
Morf 125.
Morgenstern 122.
Morselli 80.
Moucharinski 188.
Moure 266, 440, 574.
Mucha 468.
Muggia 355.
Muir 26.
Müller, H. 118.
Müller, J. 176.
Müller, M. 121.
Müller, P. 122.
Müller, W. 176.
Mynlieff 29.

Nattier 528.
Neidhöfer 121, 176.
Némai 515, 516.
Neugebauer 176.
Neumayer 47.
Newman 272.
Nicolte 524.
Niemann 122.
Noltenius 271, 582.
Noquet 258.
Nornal 583.
Notkin 130.

Oertel 177.
Okada 579.
Okuneff 436, 442.
Onodi 266, 560.
van Ordt 177.
Opitz 177.
Ottolenghi 41.
Pantaloni 263.
Panzer 70, 278, 563, 567.
Parker 367.
Paul 361.
Péan 359.
Pel 448, 454.
Pelazzolo 520.
Piaget 458.
Pierce 583.
Piergili 261, 423.
Plique 368.
Pluder 46.
Poget 272.
Politzer 71, 74, 167, 211, 215, 251, 289, 443, 446, 465, 496.
Pollak 307, 467.
Polyák 260, 515.
Postojew 364.
de Pradel 47.
Prausnitz 121.
Przedborski 503.

Rauchfuss 136, 363.
Raugé 318.
von Reder 468.
Redmer 118.
Refslund 177.
Reinhard 31.
Reintjes 448.
Rendu 420.
Réthi 45, 269.
Ribary 42.
Richard 527.
Rieder 177.
Ritter 177.
Rode 122.
Rosenberg 134, 509.
Rosenfeld 133.
Rosenthal 177.
Rostovtzev 263.
Rothenaicher 65, 153.
Russel 362.
Russotravali 267.

Sabrazès 265, 579.
Saint-Hilaire 130.
Saint Clair Thomson 344.
Salzburg 223.
Santi 226, 583.
Saverry 521.
Scafi 522.
Schachtrupp 177.
Schadewaldt 225, 523.
Schäfer 177.

Digitized by Google

Schech **242**.
Scheier 129, **258**.
Schereschewsky 177.
Schichhold 118.
Schiffers 419.
Schmiegelow **115**, 180.
Schmidt, C. J. M. 437.
Schmidt, E. G. L. 121.
Schmidt, K. 408.
Schmidt, M. 127, 314.
Schreiber 121.
von Schrötter, H. 137, **229**.
von Schrötter, L. 469.
Schultes 347.
Schutter 453.
Schwendt **105**.
Schwiecker 121.
Sebileau 264.
Seiffer 121.
Seiffert 359.
Sektorow 358.
Seligmann **9**.
Semon 187, **262**.
Sendziak **46**.
Serenin 131, 135.
Sharp **26**.
Sheilds 522.
Shirmunsky 439.
ten Siethoff 38.
Sikkel 34.
Simpson 458.
Skladny 177.
Skrodzki 121.
Spencer 219, 365.
Spengler **311**, 361.
Spiess 181.
Spira 293.
Spurgat 121.
Stabb 220
Starck 177.
Starr 412.
Stein **204**, **479**.
von Stein **387**.
Steinbrügge 518.
Steinlechner 360.
Stetter **89**, **143**.
Stier 121.
Stipanits 516.
Stoerk 139.
Stucky 418.
Sühring 177.

Thomas 263, 528.
Thomson 218, **344**.
Tichow 128.
Tilley 219, 228.
Tischutkin 367.
Tittel 360.
Tsakyroglous **22**.

Uckermann 441, 576.
Ullmann 368, 468.
Urbantschitsch 68, 69, 70, 294, 467, 499, 562.

Vacher 438.
Variot 355, 364, 527, 528.
Vauverts 423.
Vent 177.
Vigot 261.
Vulpius 77.

Wagner 24.
Waldow 121.
Walliczek **155**.
Watten 177.
Westermann 121.
Wilkens 122.
Wilson 354.
Winogradow 368.
Wintermann 177.
Witebsky 118.
Witzel 122.
Wolff **49**.
Wood 362.
Woodward 77.
Wulff 353.

Zapparoli 520.
Zandy 177.
Ziem **482**, **529**.
Zschirnt 177.
Zuckerkandl **321**, **373**, **425**.
Zwaardemaker 39, 452.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin S. W.

Digitized by Google

Digitized by Google

4430

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. N. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. Berlin, Januar 1897. No. 1.

I. Originalien.

Bemerkungen über den Canalis caroticus mit Bezug auf practische Ohrenheilkunde.

Von

Prof. Dr. **Jos. Gruber.**

Nicht leicht wird man im thierischen Organismus in der Nachbarschaft eines kleinen Raumes so bedeutende Nerven, und namentlich so grosse Gefässe angeordnet finden, wie dies bei der Trommelhöhle der Fall ist. Hart an ihrer oberen und hinteren Grenze finden wir den Canalis Fallopii mit dem durch ihn verlaufenden Nervus facialis; von der Schädelhöhle her ist ihm an manchen Schläfebeinen der Sinus sigmoideus der harten Hirnhaut bis auf wenige Millimeter nahe gerückt; hart an ihrer unteren Wand finden wir den oft sehr mächtig entwickelten, ja sogar diese Wand zuweilen durchbohrenden Bulbus venae jugularis; und vor diesem beginnt im Foramen caroticum der Canalis caro-

Digitized by Google

ticus, durch den die Carotis interna ihren Weg nimmt, und der in seinem bogenförmigen Verlaufe nach oben, vorne und medial mit seiner hinteren Wand zugleich die Trommelhöhle, so weit sie nach vorne hin knöcherne Wand besitzt, begrenzt.

Dass eine solche anatomische Anordnung in der practischen Ohrenheilkunde ihre Berücksichtigung finden musste, versteht sich von selbst.

In der That sind die meisten der in Betracht kommenden Gebilde nach dieser Richtung von hervorragenden Forschern zum Gegenstande eingehenden Studiums gemacht worden, und ich brauche wohl nur auf die lehrreichen Arbeiten von Schwartze und Eiselt über den Sinus sigmoideus[1]), auf die ebenso ausgezeichneten, in dieser Monatsschrift veröffentlichten Arbeiten von Zuckerkandl[2]) und Rüdinger[3]) über das Verhalten desselben Blutleiters und des Foramen jugulare[4]), ferner auf die von mir selbst[4]), sowie von meinem ehemaligen, leider dem Leben zu früh entrissenen Hörer Dr. Hauerwas publicirten Aufsätze[5]) hinzuweisen, um das Gesagte zu erhärten.

Ungleich weniger Aufmerksamkeit wendete man bis jetzt dem im Felsentheile verlaufenden Canalis caroticus zu, obwohl auch hier Anomalien vorkommen, die, wie mir scheint, nicht minder wichtig sind, wie die an den früher genannten Gebilden beschriebenen, und auf einige derselben aufmerksam zu machen, ist der Zweck dieser Zeilen.

Betrachten wir an einem normal entwickelten Schläfebeine eines Neugeborenen den Canalis caroticus, so finden wir, dass er schon um die Zeit seine Bogenform bekundet, dass er jedoch vom vorderen Abschnitte des Promontoriums ziemlich abgegrenzt erscheint. — An einem gut entwickelten Schläfebein des Erwachsenen (s. Fig. 1) ist das Verhältniss dasselbe; die hintere Wand des knöchernen Canals schiebt sich von unten her an der vordersten Grenze des Promontorium nach aufwärts und das Promontorium selbst bleibt lateral mit seiner ganzen Oberfläche frei. Wenn man an einem solchen Felsentheile die innere Trommelhöhlenwand betrachtet, markirt sich der Verlauf des Canalis caroticus nicht weiter, er beeinträchtigt weder den Raum der Trommelhöhle, noch die Form des Promontoriums. Wenn man, sei es am Lebenden, sei es an einem der Leiche entnommenen Schläfebeine, das Trommelfell untersucht, kann man, wenn nicht andere Hindernisse entgegenstehen, durch dasselbe auch ganz genau die Grenze des Promontorium nach vorne hin unterscheiden, indem vor und unter diesem, wegen des grösseren Abstandes der inneren Trommelhöhlenwand vom Trommelfell, dieses auch dunkler erscheint.

Dieser normalen Beschaffenheit des Canalis caroticus entgegen finden sich individuelle Verschiedenheiten, ja so hochgradige Abweichungen, dass sich dieselben nicht blos in diagnostischer Beziehung geltend machen können, sondern dass deren Uebersehen, namentlich wenn es sich um operative Eingriffe handelt, sehr üble Folgen haben könnte.

---

[1]) Archiv f. Ohrenheilk. 1873.
[2]) Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 1873.
[3]) Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 1875.
[4]) Wiener med. Wochenschr. 1867 und Monatsschr. f. Ohrenh. etc. 1876.
[5]) Monatsschrift f. Ohrenheilk. etc. 1880.

Digitized by Google

Bei Durchmusterung einer grösseren Anzahl kindlicher Schläfebeine kann man schon die Beobachtung machen, dass

1) der Bogen, den der carotische Canal im Felsentheile beschreibt, verschieden starke Biegung zeigt, und

2) dass er nicht immer an allen Stellen gleich weit ist.

Namentlich zeigt sich der Canal nach hinten und aussen, also gegen die Trommelhöhle hin, sehr oft partiell ausgebuchtet und erweitert, so dass er an seinem oberen Endstücke zuweilen enger erscheint, als an seiner grössten Biegung.

Dieselben individuellen Verhältnisse, meist aber in viel ausgeprägterem Maasse entwickelt und verhältnissmässig auch häufiger, findet man auch an den Schläfebeinen von Erwachsenen, und es ist gewiss von Interesse, diese Bildungsanomalien in ihrer Bedeutung näher zu studiren.

Wenn man die Form dieser Ausbuchtung an Schläfebeinen von Erwachsenen genauer untersucht, bekommt man die Gewissheit, dass dieselbe mitunter auch erworben ist. Dafür spricht nämlich die allmähliche Verdünnung der hinteren knöchernen Wand des Canals, welche dann am Scheitel der Bucht immer mehr transparent erscheint, so dass es kaum gewagt ist, kleinere Löcher an diesen Stellen als das Product solcher, vielleicht durch die Thätigkeit des Gefässes erzeugten Knochenusur aufzufassen[6]).

Es liegt in der Natur der Sache, dass, wenn die Krümmung des Canals durch die Form und den Verlauf des Gefässes in der früher beschriebenen Weise modificirt wird, besonders der mehr nachgiebige Theil der hinteren Wand sich dieser Form leichter anpasst. Dementsprechend sehen wir auch jenen Theil der hinteren Wand, welcher frei in die Trommelhöhle sieht, dieser Krümmung zumeist nachgeben, und es entstehen auf die Weise knöcherne Vorsprünge gegen die Trommelhöhle hin, welche nicht nur ihre Lichtung verengen, sondern sich auch in anderer Beziehung geltend machen können.

Vor mir liegt eine grosse Anzahl derartiger Schläfebeine. Die in Rede stehende Anomalie ist in verschiedenem Grade entwickelt. Bei den meisten kann man wohl annehmen, dass sie ohne pathologische Bedeutung sind; in einzelnen Fällen jedoch ist diese abnorme Bildung so hochgradig, dass sie in mannigfacher Beziehung störend sein kann und demnach gekannt sein muss. In den nebenstehenden Abbildungen ist ein normales Schläfebein (Fig. 1) und ein solches (Fig. 2), an welchem der Canalis caroticus fast das ganze Promontorium deckt, dargestellt. Zwischen diesen beiden Extremen liegt eine grosse Reihe von Entwicklungsgraden, die sich der Leser leicht vergegenwärtigen kann.

Raumverengung allein ist es nicht, durch welche ein derartiges excessives Eindringen der hinteren Wand des Canalis caroticus in die Trommelhöhle nachtheilig ist, obwohl auch sie, namentlich bei exsudativen Mittelohrprocessen, sehr zur Erhöhung der subjectiven Erscheinungen beitragen kann. Vielmehr sind es andere und viel wichtigere

---

[6]) Vergl. die Publicationen von A. Friedlowsky (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde 1868, No. 9) und Zuckerkandl (Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1874, No. 7).

Digitized by Google

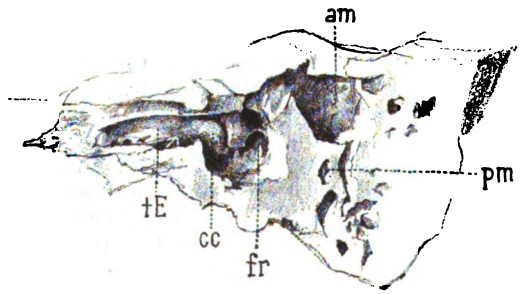
Fig. 1.

Schläfebein, von der lateralen Fläche besehen.

S — Schuppe, pm — Warzenfortsatz, z — Jochfortsatz, fc — Foramen caroticum, tE — Tuba Eustachii, fr — Nische des Foramen rotundum, fo — Foramen ovale, zwischen den beiden letzteren nach vorne hin das Promontorium.

Fig. 2.

Felsen- und Warzentheil des Schläfebeins nach Wegnahme des Schuppen-Paukentheiles.



tE — Tuba Eust. (der Länge nach offen), cc — Canalis caroticus, dessen oberes Segment das Promontorium zum Theile deckt, fr — Nische des For. rotundum, pm — Processus mastoideus, am — Antrum mastoideum.

Digitized by Google

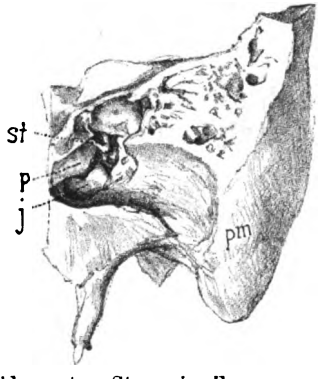
Momente, welche in Betracht kommen und deren einige ich kurz erwähnen will.

Wie schon oben angedeutet wurde, kann eine solche Ausbauchung des Canals das Bild des normalen Trommelfells merklich beeinflussen und leicht zu einer irrthümlichen Diagnose führen. Bei einer Einwärtswanderung des Trommelfells kann dieses an Stellen, wo es sonst wegen der grösseren Entfernung der inneren Trommelhöhlenwand mit dieser nicht leicht in Berührung kommen kann, dieselbe sehr bald erreichen und es kann bei längerem Contact an diesen Stellen Synechie entstehen.

Da der Canalis caroticus in solchen Fällen zum Theile auf dem Promontorium aufgelagert erscheint, so ist es leicht denkbar, dass die Pulsation des in ihm verlaufenden grossen Gefässes die Endigungen des Nervus cochlearis erregt und dass dadurch bei sonst ganz normalem Gehörorgan pulsirende oder andere Gehörsempfindungen ausgelöst werden.

Fig. 3.

Hinterer Abschnitt der Schläfebeinpyramide nach Wegnahme der Schuppe und Paukenrinne, von lateralwärts gesehen.



pm — Processus mastoideus, st — Stapes im Foramen ovale, p — Promontorium, j — Eminentia jugularis an der unteren Paukenhöhlenwand.

Wenn wir bedenken, wie oft pulsirende Geräusche, für die wir sonst keine Ursache finden, plötzlich aufhören, wenn die Carotis am Halse comprimirt wird, um allsogleich wiederzukehren, wenn der Druck nachlässt, so können wir gewiss die Vermuthung nicht abweisen, dass bei einem Theile solcher Kranken ein Verhältniss obwalten mag, wie ich es geschildert habe.

Wahrhaft verhängnissvoll aber könnte das Ausserachtlassen der Möglichkeit eines solchen Verhaltens des Canals werden, wenn es sich um operative Eingriffe handelt. Die einfache Paracentese des Trommelfells, im vorderen unteren Quadranten geübt, könnte in einem solchen Falle, wenn das Instrument tiefer eindringt und die Wand des Canals sehr dünn ist, leicht in diesen dringen und eine Blutung herbeiführen, der man gewiss nur sehr schwer und erst durch grosse operative Eingriffe Herr werden könnte.

Digitized by Google

Aehnliche Anomalien finden sich ja bekanntlich auch am Sulcus jugularis, und die dadurch entstandenen Erhebungen der unteren Trommelhöhlenwand (vergl. Fig. 3j) beengen die Trommelhöhle geradeso von hinten unten, wie die am Can. caroticus diese Höhle von vorne und unten verengen, und dass eine Verletzung der in Rede stehenden Gefässe bei der Paracentese des Trommelfells thatsächlich vorkommen kann, beweisen ein von mir operirter Fall und ein zweiter, der an der Klinik von Schwartze vorkam. In beiden Fällen wurde die Paracentese lege artis am hinteren Segmente ausgeführt, dabei der vorgedrängte Bulbus venae jugularis incidirt und es konnte die Blutung erst gestillt werden, nachdem die Kranken einen ziemlich bedeutenden Blutverlust erlitten hatten. Für jetzt und alle Zukunft werden die Anomalien, die ich am Canalis caroticus kennen gelernt habe, mir bei der Paracentese am vorderen Segmente des Trommelfells in Erinnerung bleiben und sie sind für mich ein Grund mehr, meinen Grundsatz, wo nur möglich bei exsudativen Mittelohrprocessen die Paracentese am hinteren Segmente des Trommelfelles auszuführen, kräftig zu stützen.

Ueber Thyreoidinbehandlung bei adhäsiven Mittelohrprocessen.

Von

Dr. G. Brühl,

Hospitant der Ohrenklinik des Herrn Prof. Politzer.

Mehrfache Beobachtungen von Schwerhörigkeit bei Myxödematösen und bedeutende Besserung derselben durch die Schilddrüsentherapie bewogen Vulpius[1]), Versuche mit Schilddrüsenpräparaten bei Schwerhörigen überhaupt zu machen; er sah damit gute Resultate bei „hyperplastischen Mittelohrprocessen", besonders bei denen, welche „durch Trübung, Verdickung und Steifheit oder schwielenartige Beschaffenheit des Trommelfells mit wesentlicher Beschränkung in der Beweglichkeit der Gehörknöchelchen" characterisirt sind. Bei den therapeutischen Versuchen, die ich auf der Klinik des Herrn Prof. Politzer mit den von der Firma Burroughs, Wellcome (London) gelieferten Schilddrüsentabletten angestellt habe, bin ich zu folgenden Resultaten gekommen:

Von 21 Patienten, 13 männlichen und 8 weiblichen, im Alter von 20—40 Jahren, blieben 18 in dauernder Behandlung und Beobachtung; alle boten folgenden Symptomencomplex: hochgradige Schwerhörigkeit für Acumeter, laute und Flüstersprache bei weitem, meist trockenem äusseren Gehörgange und mehr oder minder negativem Trommelfellbefunde (bei 6 ist eine Hyperämie der Promontorialwand verzeichnet). Stimmgabelbefund: Weber meist im Kopf, Rinne negativ, Kopf-

[1]) Archiv f. O., Bd. 41, Heft 1.

Digitized by Google

knochenleitung verlängert, hohe Töne meist gut, tiefe nicht gehört. Nasenrachenraum ohne wesentliche Veränderungen; Tube gut durchgängig; nach der Luftdouche keine Hörverbesserung; subjective Geräusche in 13 Fällen; als Ursache der Erkrankung wird in 2 Fällen starke Gemüthsbewegung angegeben; erbliche Belastung in 9 Fällen; Dauer der Erkrankung von 3—13 Jahren (in 1 Fall angeblich 2 Monat); Schilddrüse in 4 Fällen palpabel.

Von diesen 16 Fällen blieben 8 bei einer Behandlungsdauer und Beobachtung von 6—8 Wochen subjectiv wie objectiv unverändert; ich bezeichnete dabei unbedeutende Hörverbesserungen nicht als Erfolg. Von den übrigen 8 Fällen sind 2 trotz scheinbarer Besserung nach zu kurzer Beobachtungsdauer ausgeblieben. Von den 6 bleibenden zeigten 2 ein normales, 2 ein Trommelfell mit Durchscheinen der hyperämischen Promontorialwand, 2 ein getrübtes Trommelfell mit einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von 3 Jahren. In 4 dieser Fälle ist der Erfolg befriedigend, in 2 ein sehr guter gewesen, da sowohl subjectives Besserbefinden, wie eine bedeutende constante Hörverbesserung (von $^1/_2$ m bis 7 m für laute Sprache, von 10 cm bis über 100 cm für Acumeter) beobachtet wurde. Während der Zeit der Behandlung wurde kein anderes Heilverfahren angewandt, die Hörprüfungen 1 Mal wöchentlich unter möglichster Vermeidung aller Fehlerquellen vorgenommen. Eine Aenderung im Stimmgabelbefund ist niemals eingetreten; den Gellé'schen Versuch, um festzustellen, dass der anfänglich negative Ausfall durch die Therapie etwa positiv werden sollte, habe ich nicht verwerthen können. Ich begann die Behandlung mit 1 Pastille täglich, steigerte in der 2. Woche bis 3 Pastillen, machte nach ca. 4 Wochen eine längere Pause, um dann noch einmal die Kur zu beginnen. Unangenehme Erscheinungen des Thyreoïdismus habe ich bei einer Gesammtverabreichung von ca. 2000 Pastillen nicht gesehen; dass während der Behandlung Allgemeinbefinden, Herz und Nieren beobachtet werden müssen, ist selbstverständlich. Als Contraindication gelten Herzerkrankungen; zu den physiologischen Erscheinungen der Schilddrüsenfütterung gehören Kopfschmerzen, Gliederreissen, Polyurie[2]), Vermehrung der Stickstoff-, Phosphat-, Chloridausscheidung, Gewichtsabnahme.[3])

Wenn auch im Interesse der Patienten bei einer bisher erfolglosen Therapie jeder diesbezügliche Versuch gerechtfertigt ist, möchte ich mir doch erlauben, die theoretisch möglichen Hypothesen über die Wirkungsweise der Schilddrüsenbehandlung bei Mittelohrprocessen zu besprechen. Entweder wirkt das verwandte Präparat auf den localen Process wie die von Politzer empfohlenen Jodpräparate, oder es besteht ein Zusammenhang zwischen Function resp. Ausfall der Schilddrüse mit dem Gehörorgan.

Durch Baumann[4]) wurde als „specifisch wirksame Substanz in der Schilddrüse" eine organische Jodverbindung, das Thyrojodin, er-

---

[2]) Leichtenstern: Deutsche med. Wochenschrift 1893, No. 49 u. 50, 1894, No. 11.

[3]) Nach Buschan: Ueber Myxödem und verwandte Zustände.

[4]) Baumann: Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 14.

Digitized by Google

kannt, und es wäre denkbar, dass die Schilddrüsenpräparate (1 g Thyrojodin = 0,3 mg Jod) durch ihren Jodgehalt die Adhäsionen des Mittelohrs beeinflussten. Jod gilt ja als vorzügliches Resorbens für pathologisches, nicht organisches Bindegewebe, sowie die Rückstände chronischer Entzündungen. Bei einer rechtzeitig eingeleiteten Jodtherapie, wo es noch nicht zur Schwartenbildung im Mittelohre gekommen ist, sondern noch Schwellungs- und Wucherungszustände bestehen, können die aus den Rundzellen hervorgegangenen Fibroblasten und das von ihnen gebildete Keimgewebe zerfallen und resorbirt werden. Andererseits weisen die Erscheinungen von Seiten des Gehörorgans bei Myxödem auf einen Zusammenhang zwischen Schilddrüse und Ohr; es wurden Schwerhörigkeit bei normalem[5]) und getrübtem Trommelfelle, Schuppung des äusseren Gehörganges und des Trommelfells[5]), Sistiren der Ceruminal-, Schweisssecretion, Taubstummheit bei Struma[6]) beobachtet. Die Schilddrüse ist mit den verschiedensten Erkrankungen in Beziehungen gebracht worden; ausser dem sicheren Zusammenhang mit Myxödem und sporadischem Cretinismus ist eine Beziehung des Fortfalls der Schilddrüsensecretion bei der Basedowschen Krankheit, der Tetanie, der Acromegalie, Rachitis, Sclerodermie, Adipositas, Hautkrankheiten behauptet und bei einem Theil dieser Erkrankungen mit gutem Erfolg die Schilddrüsentherapie eingeleitet worden.[7]) Für die Mittelohrerkrankungen ist es bemerkenswerth, dass die hyperostotischen Bildungen bei der Acromegalie unbeeinflusst blieben, dass dagegen einfache hyperplastische Bindegewebswucherungen, wie sie im parenchymatösen Struma[8]) besonders bei jüngeren Patienten und bei Uterusfibromen[9]) vorkommen, zum Rückgang gebracht wurden.

Indicirt möchte ich den Versuch einer Schilddrüsentherapie bei denjenigen Mittelohrprocessen halten, bei welchen man noch rückbildungsfähige Veränderungen annehmen kann; bei der von Politzer beschriebenen Knochenneubildung an der Labyrinthkapsel dürfte man nur in den Anfangsstadien bei noch intactem Labyrinth einen Versuch machen; vor Allem wichtig ist es, das Verhalten der Schilddrüse und des Gesammtorganismus bei diesen Mittelohrerkrankungen zu beachten.

Zum Schluss gestatte ich mir, Herrn Prof. Politzer für die liebenswürdige Ueberlassung des Krankenmaterials und freundliche Unterstützung bei meinen Untersuchungen ergebensten Dank zu sagen.

---

[5]) Schotten: Ibidem 1893, No. 51, 52.

[6]) Bircher: Endem. Kropf und seine Beziehungen zur Taubstummheit und Cretinismus.

[7]) Nach Buschan l. c.

[8]) Reinholdt: Ueber Schilddrüsentherapie bei kropfleidenden Geisteskranken. Münch. med. Wochenschrift 1895, No. 52.

[9]) Jouin: Du traitement des fibromes de l'utérus. Bullet. med. 1896.

Digitized by Google

Ueber periodische Luftverdünnung im äusseren Gehörgange.

Nach einem Vortrage,
gehalten in der otiatrischen Abtheilung der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M.

von

Dr. H. Seligmann, Frankfurt a. M.

I.

Zur Diagnose der Stapesankylose bedürfen wir zweier Symptomencomplexe: desjenigen der behinderten Schallleitung und desjenigen der normalen Beweglichkeit des sichtbaren Theiles des Mittelohres. Indem nun auch ich, wie dies wohl allgemein geschieht, den Siegle'schen Trichter zur Prüfung der letzteren anwandte, machte ich auch wieder die schon lange bekannte Erfahrung, dass die Anwendung der periodischen Luftverdünnung im äusseren Gehörgang, wie sie mit diesem Apparate hervorgebracht wird, öfter wiederholt ein schätzbares Palliativum (Schwartze[1]) bei manchen Arten von quälenden subjectiven Gehörsempfindungen sei. Und zwar schien mir die Wirkung in dieser Hinsicht um so auffallender, je schneller die Luftverdünnungen im äusseren Gehörgang aufeinander folgten. Da setzte nun die Erlahmung der Hand einer intensiven Steigerung bald eine Grenze, und ich dachte darauf, die manuelle Behandlung des Siegle's durch eine maschinelle zu ersetzen.

Der Besitz kleiner transportabler Accumulatoren, wie ich sie im Jahre 1890 veröffentlicht habe[2]) und die seither zu meiner Freude sich in dem otologisch-laryngologischen Instrumentarium sehr zahlreicher Collegen einen Platz eroberten, liess als Triebkraft die Electricität als die bequemste erscheinen. An Stelle des Ballons des S.'schen Instrumentes trat ein Cylinder, der einerseits durch einen langen Schlauch mit dem Siegle'schen Trichter verbunden wurde und so den luftverdünnenden Raum darstellte, andererseits mit der Kolbenstange auf der Achse eines kleinen Motors im rechten Winkel aufsass. Da die Befestigung der Kolbenstange eine excentrische ist, so bewegen die Drehungen des Motors den Kolben aus und ein und verdünnen so die Luft, wenn der Kolben bei Beginn der Bewegung an der Innenwand des Cylinders aufsitzt. Der Motor wird durch einen 6zelligen Accumulator getrieben, und kann die Zahl der Luftverdünnungen je nach Einschaltung der Zellenzahl beliebig gesteigert werden; ausserdem dient der Kaustikrheostat noch zur Regulirung der Drehungszahl in der Minute. Bei drei Zellen und völlig eingeschaltetem Widerstand beträgt die Zahl der Luftverdünnungen ca. 120 in der Minute; nur durch Ausschalten des Drahtwiderstandes kann diese Zahl langsam oder schneller bis auf 1000, und dann durch Hinzunahme der übrigen drei Zellen auf 2000 gebracht werden. Steht beim Gebrauch der Motor auf dem

---

[1]) Archiv f. Ohrenheilk. VII, 44.
[2]) Therapeut. Monatshefte 1890, No. 12.

Digitized by Google

Tische, so verursacht er ein dröhnendes Geräusch, das den Patienten nicht angenehm erscheint; man hängt deshalb den Apparat zweckmässig an einem Stativ oder an der Wand auf.

Wenn ich noch hinzufüge, dass durch Verstellung der Kolbenstange auf der Achse der Hub derselben und damit das benutzte Luftquantum beliebig vergrössert werden kann, so glaube ich, dass sich der Leser von der Wirkungsweise des Apparates wohl eine deutliche Vorstellung machen kann. Wird der Kolben bis an's Ende des Cylinders geschoben und nun der Trichter luftdicht in den Gehörgang eingesetzt, so bewegt sich in dem Augenblicke, wo der Strom eingeschaltet wird, der Kolben und gleichzeitig das Trommelfell nach aussen und dann wieder nach innen, wie bei der Application des Siegle'schen Trichters, und dies geht so weiter, so lange der Motor sich dreht, wie man bei der Otoscopie deutlich beobachten kann.

II.

Die Fertigstellung dieser kleinen Maschine, die von dem Electrotechniker Tympanovibrator getauft wurde, ermöglichte mir nunmehr, die periodische Luftverdünnung in jeder Zahl und Schnelligkeit, die hier benöthigt wurden, an den Kranken anzuwenden. Ich begann nun ihre Wirkung bei den mannigfaltigsten Formen von Ohrenleiden zu erproben. Nicht wahllos freilich, das zeigten baldige Versuche, sondern nur an solchen Fällen liess sich das Verfahren benutzen, welche a priori dazu geeignet schienen. Denn wir werden wohl nicht fehlgehen, wenn wir die Wirkung des Apparates der passiven Bewegung erkrankter Gelenke gleichstellen und demgemäss frische Entzündungen von vornherein von der Behandlung ebenso ausschliessen, wie wir von der geringen Kraftentfaltung eine nennenswerthe Wirkung auf ältere Ankylosen und straffe Synechien nicht erwarten dürfen. Frischere Infiltrationen an der Membrana tympani und der Kette der Ossicula beim Ablauf von Eiterungen, die vom Politzer'schen Verfahren nicht beeinflusst werden, geben, dies will ich hier vorausschicken, die trefflichsten Objecte behufs baldiger Herstellung normaler Hörschärfe mittelst dieser Therapie ab.

Am leichtesten dürften einige Beispiele die Art der Anwendung und den Zweck des Apparates erläutern. Ich wähle dazu in erster Linie die Gattung der Stapesankylosen, weil gerade hier schon seit Langem die Methode verwendet wird und bis in die neueste Zeit immer wieder günstige Resultate veröffentlicht werden. Beginnt man bei Sclerotischen mit einer Drehungszahl von ca. 100 in der Minute, nachdem man den Trichter gut eingesetzt hat, so erklären die Meisten, nach ca. 1—2 Minuten ein sehr angenehmes Gefühl im Ohr zu empfinden. Besonders in denjenigen Fällen wird diese Angabe gemacht, wo die Luftdouche ohne Erfolg ist oder die Schwerhörigkeit steigert; insbesondere das lästige Verstopfungsgefühl schwindet rasch. Ich pflege nach ca. zwei Minuten eine kleine Pause eintreten und dann die Umdrehungszahl zunehmen zu lassen. So wird die Procedur 3—4 Mal wiederholt, bis ich bei 800—1000 Umdrehungen angelangt bin; höher gehe ich nicht.

Digitized by Google

In allen Fällen, wo Sausen besteht und eine stärkere Nerventaubheit ausgeschlossen werden kann, tritt nun mit einer Sicherheit, die diese Erscheinung als Regel aufstellen lässt, nach einer solchen Sitzung ein sofortiges Aufhören der subjectiven Gehörsempfindungen ein. Jeder Patient erklärt, sein Sausen, ob stark oder schwach, hoch oder tief, sei verschwunden. Der weitere Verlauf gestaltet sich nun verschieden. In den ganz früh zur Behandlung kommenden Fällen genügen oft einige wenige Applicationen zur völligen Beseitigung des Geräusches. Es ist aber bei der Stapesankylose nur die bedeutende Minderheit der Kranken in dieser glücklichen Lage; die meisten Pat. erzählen bei der nächsten Consultation, dass ihr Sausen wiedergekehrt sei, manchmal bald, manchmal später, in den typischen Fällen nach etwa 10 Minuten. Prognostisch lassen sich indess nach der Zeit der Wiederkehr die Fälle nicht classificiren: während einmal Solche, deren Geräusch sich rasch wieder einstellte, schliesslich dasselbe ganz verlieren, bleibt es bei Anderen trotz längerer Pause dauernd. Periodisch auftretende Geräusche werden im Allgemeinen eher bleibend günstig beeinflusst als continuirliche; vorübergehend, das möchte ich nochmals betonen, hört es aber bei allen Patienten auf.

Diesem constanten Einfluß auf die subjectiven Gehörsempfindungen gegenüber besitzt dieses Verfahren bei der Stapesankylose als ebenso constant eine zweite Eigenschaft: das Fehlen jeder Einwirkung auf die Hörstörung. Ich möchte das hier ganz besonders hervorheben. Ich habe den Apparat im Jahre 1893 anfertigen lassen und habe ihn sine ira et studio bis heute in Benutzung; ich habe viele Fälle Jahre lang damit geprüft: stets mit demselben schliesslichen Resultat. Gerade bei der Sclerose sind von verschiedenster Seite und bis in die letzten Wochen hinein immer wieder mittelst der Luftverdünnung angeblich bleibende Erfolge in Bezug auf die Hörweite veröffentlicht worden. Man erlasse mir die Literaturangaben; wer unsere periodischen Zeitschriften gelesen hat, weiss sie leicht wieder zu finden. Ich bin mit meinem Instrumente nicht so glücklich gewesen, wie jene Herren. Und doch dürfte die Ursache wohl kaum in der Construction des Instrumentes liegen. Allerdings haben Andere mit einer Saugpumpe von grösserem Luftvolumen oder sonst grösserer Saugkraft gearbeitet. Indessen glaube ich nicht, dass hierdurch eine stärkere Wirkung in der Hinsicht hervorgebracht wird, dass Trommelfell und Ossicula grössere Bewegungen ausführen und etwa dadurch der Steigbügel mobilisirt würde; denn es ist bekannt, dass das Trommelfell eine ganz bestimmte Excursions- und Incursionsfähigkeit hat[3]), die es nicht überschreiten kann. Wirkt der Luftdruck über diese hinaus, so müssten Gewebstrennungen eintreten. Wahrscheinlicher aber ist, dass, da der Trichter im Gehörgang niemals absolut luftdicht eingesetzt werden kann, neben demselben Luft eingesaugt wird, sobald das Trommelfell seinen höchsten Stand der Auswärtsbewegung erreicht hat, und deshalb auch bei Verwendung stärkerer Saugpumpen keine Extravasate eintreten, wie auch ich sie bei Verwendung letzterer niemals beobachten konnte. Es ist deshalb zwecklos, grössere Saugkraft anzuwenden,

[3]) Bezold, Archiv f. Ohrenheilk. XVI, 1.

Digitized by Google

und es ist nicht wahrscheinlich, dass hierdurch ein anderer Erfolg als der oben bezeichnete erreicht werden könnte. Ich darf daher annehmen, dass das von mir zu diesen Versuchen verwendete Instrument allen anderen bisher zur Verwendung periodischer Luftverdünnung im Gehörgang construirten mindestens ebenbürtig, wenn nicht überlegen ist, und dass ich daher für meine Resultate die gleiche Würdigung in Anspruch nehmen darf wie Jene. Diese Resultate fasse ich für die Stapesankylose dahin zusammen, dass die periodische Luftverdünnung im äusseren Gehörgange niemals eine Einwirkung auf die Hörweite hat, wohl aber die subjectiven Gehörsempfindungen dauernd oder vorübergehend beseitigen kann.

Ein weiteres Beispiel der Anwendung des mit dem Motor betriebenen Siegle'schen Trichters ist das Vorhandensein von Adhäsionen in der Paukenhöhle. Hier ist der Apparat vortrefflich an seinem Platze. Man kann in Ruhe die ausgiebigen Bewegungen der Membrana tympani verfolgen, und ihre Störungen werden ebenso deutlich sichtbar, als die normalen Excursionen. Leicht ist auch der Vergleich mit dem gesunden Trommelfell, falls ein solches vorhanden, anzustellen, da die Manipulation unschädlich und fast stets schmerzlos auch da verwendbar ist.

Endlich führe ich im Gegensatze zu den Sclerosen die Residuen acuter und subacuter Eiterungen an, wo nicht nur etwaige Geräusche, sondern ganz besonders das Hörvermögen günstig beeinflusst wurde. Als Zeitpunkt der Application wähle ich nach vielen Versuchen den Moment, wo die Paukenhöhle trocken, aber noch geröthet ist. Selbstverständlich darf die Application keinen Schmerz erzeugen. Ist hier das Politzer'sche Verfahren erfolglos, so beginne ich die Behandlung mit meinem Instrumente. Die Hörweite steigt oft schon in der ersten Sitzung um 20—30 cm, meist etwas langsamer und sehr allmählich. Die Dauer, innerhalb welcher die Norm, oder wenigstens der erreichbare Theil der Norm wieder erlangt ist, ist verschieden; je längere Zeit seit Versiegen der Eiterung vergangen ist, um so mehr Sitzungen sind nöthig. Die Intervalle zwischen den letzteren können beliebig, am besten zwei Tage, genommen werden. Die günstigsten Formen bezüglich der Prognose sind hier die offenen trockenen Perforationen. Durch diese hindurch sieht man vielfach Bewegungen an der Labyrinthwand während der Procedur. So habe ich u. A. augenblicklich eine Patientin in Behandlung, die eine Perforation genau gegenüber dem Steigbügel hat. Hammer und Trommelfellrest ist intact, Ambossschenkel scheint zu fehlen (der Rand der Perforation deckt die Stelle), am oberen Rande der Perforation sieht man deutlich das Steigbügelköpfchen und die Stapediussehne. Beide hüpfen bei jeder Luftverdünnung in die Perforation hinein, um bei jedem Rückgang des Kolbens wieder ihren ursprünglichen Platz einzunehmen. Ich führe als Beispiel hier den Erfolg an: Patientin kam am 5. October zum ersten Mal in Behandlung. Mittelohr trocken, aber geröthet. Hörweite Flüstersprache 1 m. Luftdouche, künstliches Trommelfell ohne Effect. Luftverdünnung erzeugt beim ersten Mal eine kaum nennenswerthe Steigerung, die aber mit jeder neuen Application zunimmt: bei der siebenten Sitzung Hörweite 4 m, bei der achten 4,7 m, heute (9. October

Digitized by Google

1896) 5,5 m. Periodische spontane Besserungen der Hörweite sind früher nicht beobachtet worden.

Ich schliesse diese kleine Veröffentlichung und darf vielleicht hoffen, dass der Apparat sich gleich dem transportablen Accumulator in der otiatrischen Welt Freunde erwerben wird.

Erwiderung

auf den im Novemberheft dieser Monatsschrift erschienenen Aufsatz des Herrn Dr. L. Jankau: „Zur Perceptionsfähigkeit des normalen menschlichen Ohres".

Von

Dr. **Alfred Denker.**

Bevor ich auf die Einzelheiten dieses Aufsatzes eingehe, möchte ich mir erlauben zu präcisiren, was ich unter normaler Hörfähigkeit des menschlichen Ohres für Flüstersprache verstehe: Die normale Hörfähigkeit des menschlichen Ohres für Flüstersprache ist nach meiner Ansicht die Hörfähigkeit, welche ein in allen seinen Theilen absolut intactes Gehörorgan besitzt, ein Gehörorgan, welches sowohl bei der objectiven Untersuchung mit dem Ohrenspiegel keine Anomalien zeigt, als auch bei der functionellen Prüfung mit Stimmgabel- und Pfeifentönen, welche am besten mit der Bezold'schen continuirlichen Tonreihe vorgenommen wird, keine Veränderungen aufzuweisen hat.

Wenn man eine grössere Anzahl derartiger Gehörorgane, welche nach dem augenblicklichen Stande unserer Untersuchungsmethoden als fehlerfrei zu bezeichnen sind, mit der menschlichen Flüstersprache prüft, so ist man, glaube ich, berechtigt, das Ergebniss dieser Prüfungen als die normale Hörfähigkeit für Flüstersprache hinzustellen. Es ist, soviel mir bekannt, noch keinem Autor der Gedanke gekommen, das Durchschnittsergebniss bei der Untersuchung einer grösseren Anzahl normaler und nicht normaler Gehörorgane als normale Hörfähigkeit zu bezeichnen.

Ganz anders scheint in dieser Beziehung Herr Dr. Jankau zu denken; er entnimmt aus den von mir mitgetheilten Resultaten, dass „thatsächlich Flüstersprache vom normal hörenden Ohr nicht, wie es in den Lehrbüchern heisst, 20—25 m gehört wird, sondern von $\frac{2}{3}$ 15 m und mehr, von 33 pCt. 20—25 m, d. i. durchschnittlich 17—20 m", und fährt dann fort: „Herr Denker beweist also zunächst, auf was ich selbst hinweisen wollte, durch seine Untersuchungen, dass ein Durchschnittshören von 20—25 m für Flüstersprache (Zahlen) zu hoch ist." Nun frage ich, wo in aller Welt habe ich behauptet, dass die durchschnittliche Hörfähigkeit einer Reihe von gesunden und kranken Gehörorganen 20—25 m beträgt, und welcher frühere Autor sollte eine derartige Behauptung aufgestellt haben? Oder glaubt Herr Jankau, dass die sämmtlichen Schüler der hiesigen höheren Lehranstalten normalhörig sind?

Digitized by Google

Aus dem von mir Angeführten entnimmt Herr Jankau, dass $^2/_3$ von den untersuchten Kindern Flüstersprache auf eine Entfernung von 15 m und mehr und $^1/_3$ (33 pCt.) 20—25 m weit, d. i. durchschnittlich 17—20 m weit percipiren könnte; es ist dies eine ganz irrthümliche Auffassung des von mir Gesagten. Der betr. Passus lautet wörtlich: „Von 2500 Gehörorganen konnten 1134 Flüsterzahlen auf eine Entfernung von 20—25 m wahrnehmen und etwa $^2/_3$, also ca. 1600, hatten eine Perceptionsfähigkeit von mehr als 15 m für Flüsterzahlen.“ Es ist dabei doch klar, dass unter den angeführten 1600 Gehörorganen mit mehr als 15 m Hörfähigkeit für Flüstersprache die 1134 mit einer Hörfähigkeit von 20—25 m einbegriffen sind; die übrig bleibenden ca. 900 Gehörorgane hatten selbstverständlich eine Hörfähigkeit von weniger als 15 m für Flüstersprache bis herab zu der Unfähigkeit, die Flüstersprache überhaupt zu percipiren. Herr Jankau ist also der Meinung, ich hätte unter den sämmtlichen Schulkindern — ich habe ausdrücklich in meinen „Bemerkungen“ erwähnt, dass ich sämmtliche Schulkinder untersucht hätte — keins gefunden hätte, welches weniger als 15 m gehört habe; Herr Jankau sagt dann späterhin, dass er keine Veranlassung habe, an diesen meinen Resultaten zu zweifeln. So sehr mich dieses Vertrauen ehrt, muss ich bekennen, dass ich einem Autor, welcher derartige Prüfungsergebnisse veröffentlicht hätte, wie es nach Herrn Jankau's Meinung von mir geschehen ist, mit dem grössten Misstrauen begegnet wäre, dass ich demselben einfach nicht geglaubt hätte.

Im Anfange seines Aufsatzes sagt Herr Jankau, dass ich in erster Linie meine Ergebnisse bezüglich der Perceptionsfähigkeit normaler Ohren angeführt hätte; ich constatire, dass dies nicht der Fall ist; ich habe ausdrücklich vorher die Prüfungsergebnisse anderer Autoren (Siebenmann, Bezold, Weil u. A.) namentlich erwähnt.

Herr Jankau tadelt ferner, dass ich zur Feststellung der normalen Hörweite für Flüsterzahlen die bei Schülern gefundenen Hörprüfungsergebnisse verwendet habe; ich meine, dass man sich am besten für derartige Untersuchungen das Material auswählt, unter dem man voraussichtlich viele Normalhörige finden wird; und dieser Voraussetzung genügen doch fraglos am besten jugendliche Individuen, da das Gehörorgan im Laufe der Jahre sehr häufig mehr oder minder erheblichen Schädigungen ausgesetzt ist.

Im Weiteren führt Herr Jankau aus, dass bei der Prüfung mit Flüsterzahlen der intelligente Schüler, nachdem ihm nur zwei oder drei Zahlen erst vorgesprochen sind, kraft seiner Compositionsfähigkeit leichter percipire, als ein weniger intelligenter Mensch. Ich habe mich hiervon nicht überzeugen können, ebensowenig wie Bezold, der sich über diesen Punkt in seinen „Schuluntersuchungen des kindlichen Gehörorgans“ folgendermaassen ausspricht: „Die Zahlen geben genügende Abwechselung, um über das Sprachverständniss überhaupt ein Urtheil zu gewinnen; auch habe ich mich gerade bei Gelegenheit dieser Massenuntersuchungen überzeugt, dass man durchaus nicht bei fortgesetzter Benützung derselben Worte ein successive leichteres Errathen zu erwarten hat. Im Gegentheil ist dieser Fehler, da die Kinder sämmtlich wissen, dass sie auf Zahlen untersucht werden, ein alle

Digitized by Google

Geprüften gleichmässig treffender und fällt daher ausser Berechnung. Jedenfalls ist bei Benutzung ganzer Sätze dem Errathen viel mehr anheimgegeben, als bei einzelnen Worten. Ausserdem zeigt sich aber, dass gewisse Worte resp. Zahlen nicht allmählich bei längerer Fortsetzung der Prüfung leichter errathen, sondern dass constant einzelne Consonanten derselben von sämmtlichen Untersuchten in immer gleich wiederkehrender Weise falsch oder gar nicht gehört werden, bis man sich an der Perceptionsgrenze des Einzelnen befindet." Die Richtigkeit dieser Worte habe ich nicht allein bei den hiesigen höheren Lehranstalten, sondern auch in den Elementarschulen, deren Schüler ich seit $^3/_4$ Jahren ebenfalls untersuche, bestätigen können. Zudem weise ich auf die Thatsache hin, dass die Prüfungsergebnisse Bezold's, der nur Zahlen bei der Untersuchung verwendete, sehr gut übereinstimmen mit den Resultaten verschiedener anderer Autoren, die sich anderer Worte bei der Prüfung bedient hatten.

Wie Herr Jankau dazu kommt, die Worte Gradenigo's über die Vornahme einzelner Hörprüfungsmethoden an auf Grund aprioristischer oder einseitiger Kriterien herausgesuchten Kranken auf meine Schuluntersuchungen anzuwenden, ist mir geradezu unverständlich; ich glaube, dass Herr Prof. Gradenigo weit davon entfernt war, mit diesen Worten den Werth solcher Schuluntersuchungen, wie sie früher von v. Reichardt, Bezold, Weil, Nager und jetzt von mir vorgenommen worden sind, herabsetzen zu wollen.

Am Schluss seiner Bemerkungen über die Perceptionsfähigkeit des menschlichen Ohres sagt Herr Jankau: „Der Leser muss das durch nichts berechtigte Vorgehen bewundern, nach welchem Herr Dr. Denker die Perceptionsfähigkeit von 2500 Schülern als die Durchschnittshörfähigkeit für das normale Ohr des Menschen überhaupt hinstellt." Ich muss sagen, dass ich mich ebenso wie Herr Jankau über ein solches Vorgehen gewundert haben würde; beim Lesen dieses Satzes habe ich sofort meine „Bemerkungen etc." noch einmal von Anfang bis zu Ende durchstudirt, habe aber nirgends eine Stelle entdecken können, an der ich eine derartige Behauptung aufgestellt hätte. Ich habe nur constatirt, dass ich bei einer sehr grossen Zahl normalhöriger Gehörorgane als Hörfähigkeit für Flüsterzahlen die Entfernung von 20 bis 25 m gefunden, und es wäre mir sehr interessant zu erfahren, aus welchen von mir gebrauchten Worten Herr Jankau diese mir in den Mund gelegte Behauptung, ich hätte die Perceptionsfähigkeit der untersuchten Schulkinder als Durchschnittshörfähigkeit für das normale menschliche Ohr hingestellt, herleiten will.

Was ich bezüglich des Instruments, das Herr Jankau durch den Arzt dem Laien zur Entfernung von „mehr oder minder sich ansammelnden" oder, wie es jetzt lautet, „minimaler" Anhäufung von Cerumenmassen in die Hand gegeben wissen will, gesagt habe, halte ich in ganzem Umfange aufrecht; der Laie kann absolut nicht beurtheilen, ob das „Kitzeln" in seinem Ohr hervorgerufen wird durch eine minimale oder grössere, durch eine weiche oder verhärtete Cerumen-

Digitized by Google

masse; ich wiederhole, dass ich es für bedenklich halte, dem Laien ein hartes Instrument in die Hand zu geben, mit dem in den Gehörgang einzudringen er vom Arzt die Erlaubniss erhält.

Dies meine letzten Worte in dieser Angelegenheit.

Die sogenannte idiopathische Perichondritis der Nasenscheidewand. (Spontanes Hämatom!)

Von

Dr. **Fritz Danziger**, Beuthen O.-S.

Die Mehrzahl der Laryngologen verwirft nach dem Vorschlage von Eppinger eine primäre Entzündung der Kehlkopfknorpel und setzt eine Allgemeininfection voraus, welche sich im Kehlkopf localisirt — eine Auffassung, welche dem jetzigen Stande der pathologischen Anatomie und Bacteriologie — was Gottstein als noch nicht ganz sicher betrachtet — jedenfalls mehr entspricht, als die Annahme einer spontanen oder idiopathischen Entstehung. Ganz im Gegensatz zu dieser Anschauung hat die Lehre von der sog. primären Perichondritis (Abscess!) der Nasenscheidewand in neuerer Zeit viel Anerkennung gefunden; wenigstens werden in mehreren Publicationen, welche sich mit dieser Krankheitsform beschäftigen, eine grössere Anzahl von Fällen veröffentlicht, während in der älteren Literatur derartige Beobachtungen äusserst selten erwähnt werden, wie Schröder, Lublinski etc. auf Grund ihrer literarischen Studien mit Recht hervorheben. Diese Thatsache muss uns bei der Gründlichkeit und Exactheit der Beobachtungen unserer Meister auffallen, und wenn wir den genialen Begründern und Förderern unserer Disciplin nicht die kritische Schärfe in der Diagnostik ab- und allein der heutigen Generation zusprechen wollen, müssen wir doch Zweifel hegen, ob die Perichondritis, welche als primär oder idiopathisch beschrieben wird, diesen Namen mit Recht trägt, oder ob nicht ein ätiologisches Moment eine Rolle spielt, das erst in neuerer Zeit oder nur zu gewissen Zeiten in Frage kommt. Ich will von den vereinzelten Fällen in der älteren Literatur absehen, und nur auf Grund der in neuerer Zeit publicirten dieser Frage näher zu treten versuchen, wobei ich — ganz abgesehen von der secundären Form — auch diejenigen Erkrankungen übergehe, welche auf ein Trauma zurückgeführt werden.

Wir müssen uns nun die Frage vorlegen: kommen spontane Blutungen in anderen Körpertheilen in analoger Weise vor? Betrachten wir das Othämatom! Fischenich hat als wesentliche Unterschiede bezeichnet, dass beim Rhinhämatom keinerlei Deformität entsteht, während beim Othämatom häufig starke Schrumpfungen eintreten, die zu Missbildungen der Ohrmuschel führen können; die Resorption, die beim Septumhämatom fast ausgeschlossen ist, erscheint beim Blutergusse in die Ohrmuschel als nichts Ungewöhnliches; beim Othämatom fehlt endlich die Blutung nach aussen. Dazu möchte ich bemerken,

Digitized by Google

dass beim Othämatom auch die schweren Allgemeinerscheinungen fehlen, und schliesslich noch die merkwürdige Thatsache anführen, dass das Othämatom sich regelmässig wiederholt, was beim Rhinhämatom nicht der Fall ist. Uebrigens steht die Spontanität der Blutungen in den Ohrknorpel durchaus nicht fest; der Umstand ist sehr verdächtig, dass es häufig bei Acrobaten etc. und bei Irren vorkommt. Bei ersteren ist eine Verletzung, die während der aufregenden „Arbeit" nicht bemerkt wird, sehr wahrscheinlich. Die Wiederholungen des Ergusses werden meiner Ansicht nach durch die bekannten histologischen Veränderungen bedingt, die aber kaum primär sein dürften, sondern erst als Folge der ersten Verletzung zu betrachten sind. Ich selbst habe im Jahre 1895 einen Hausirer behandelt, der zum dritten Male an Othämatom litt; auch bei diesem musste ich ein Trauma annehmen. Das häufige Abnehmen der Bürde, wobei schwere Lederriemen stets über den Kopf hinweg auf die Schultern gelegt werden, erklärt zwangslos eine Contusion, welche im Moment nicht gewürdigt wird. Das Othämatom ist also mit dem Rhinhämatom in keiner Weise zu vergleichen.

Anderer Ansicht ist Pollak, der auf dem letzten österreichischen Otologentage im Anschluss an einen Bericht über einen Fall von Per. serosa die Meinung ausspricht, „dass es sich sowohl bei der Per. serosa, als auch beim Hämatom und der sog. Per. idiopathica ac. der Nasenscheidewand nur um eine primäre Erkrankung der Cartilago quadrangularis handelt, die analog derjenigen ist, wie sie am Ohrknorpel von Parreidt, L. Meyer, Gudden und Pollak beschrieben wurde, und die das prädisponirende Moment für das Zustandekommen des Othämatom abgiebt, nämlich Degeneration des Knorpels, Erweichung und Spaltbildung, Bildung von Höhlen mit sulzigem homogenen Inhalte, Gefässwucherung und Gefässneubildung. Je nach der Art der auf einem solchen degenerirten Knorpel einwirkenden Schädlichkeit liessen sich auch die verschiedenen Formen der Nasenscheidewandgeschwülste erklären: das Hämatom durch ein Trauma, die sog. idiopathische Per. acuta, wie schon Kuttner richtig bemerkt, durch Immigration pyogener Microorganismen, die Per. serosa durch Durchbruch der mit Serum gefüllten Höhlen gegen die Perichondrien. Auf diese minder gezwungene Weise wäre auch der Umstand erklärlich, dass in all' den erwähnten Fällen die Erkrankung immer auf beiden Seiten des Nasenscheidewandknorpels auftritt." Gegen diese Ausführungen möchte ich die Thatsache anführen, dass nicht in allen Fällen die Erkrankung doppelseitig ist und dass in denjenigen Fällen, in welchen beide Seiten die Tumorbildung oder Hervorwölbung des Septums zeigen, in der Anamnese stets angegeben wird, dass erst die eine Seite, später die andere erkrankt. Daher ist die Erklärung ungezwungener, dass durch den Druck des Schleimhaut-Hämatoms eine Erweichung etc. des Knorpels entsteht, welcher der Durchbruch nach der andern Seite folgt.

Schliesst man sich der Ansicht P.'s an, dass ein prädisponirendes Moment ähnlich wie beim Othämatom vorliegt, so wäre die obenerwähnte Thatsache, dass das Othämatom sich oft wiederholt, beim Rhinhämatom aber eine derartige Wiederholung des Processes bis jetzt nicht beschrieben worden ist, unerklärlich.

Digitized by Google

Die Zusammenstellung veröffentlichter primärer Perichondritiden ergiebt ungefähr folgende Reihe:

Autor:	Anamnese:
1) Schröder, Berl. kl. Wochenschrift 1893, No. 46.	18jähr. Mädchen, seit Weihnachten 1891 Kopfschmerzen. Juli 1892 Beginn der Erkrankung mit heftigen Kopfschmerzen, Fieber etc., wozu sich Schwellung der Nase, Röthung gesellten.
2) Gouguenheim, cit. b. Schröder.	22jähr. Frau, litt häufig an Schnupfen; erkrankte mit Verstopfung der Nase. Kein Fieber.
3) Lublinski, ibid.	60jähr. Mann, Diabetes. Nach und nach bildete sich im Verlauf von 14 Tagen Verstopfung der Nase mit Schmerzhaftigkeit derselben, Fieber 38,1 und Schlaflosigkeit.
4) Herzfeld, Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. 1893, S. 270.	30jähr. Mann hat linksseitiges Kieferhöhlenempyem. Januar 1892 erkrankte Pat. mit Fieber 39,5, Benommenheit, Schwellung der Nase etc.
5) Fischenich, Arch. f. Laryng. B. II, 1.	12jähr. Mädchen. Mai 1891. Krankheit beginnt mit Schmerzen im Gesicht, Nase und dauert 12 Tage, bis eines Tages ernstliches Unwohlsein zukam und Pat. plötzlich über Spannung und Luftmangel in der Nase klagte.
6) Kuttner, ibid.	31jähr. Mann, Schüttelfrost, heftige Schmerzen im Kopf und in der rechten Nasenseite, denen bald Verstopfung der Nase rechts und später links folgte.
7) Kuttner, ibid.	$2^1/_2$jähr. Knabe, seit 2 Tagen unruhig, Fieber 38,3, plötzlich Schwellung in der Nase rechts.
8) Kuttner, ibid.	21jähr. Mechaniker (ausführlich unten!), rechts.
9) Wroblewski, Arch. f. Laryng. B. II, 3.	5 Jahre. Mai 1892. Seit 3 Wochen Schwellung der Nase ohne nachweisbare Ursache.
10) Wroblewski, ibidem.	6 Jahre, litt oft an Nasencatarrh, seit einer Woche hat der Catarrh zugenommen, bis Verstopfung eintrat.
11) Wroblewski, ibidem.	April 1892. 12 Jahre, seit 3 Wochen ohne nachweisbare Ursache keine Luft in der Nase.
12) Wroblewski, ibidem.	Juli 1892. 56 Jahre, seit 2 Wochen bemerkte Pat. Schwellung in der Nase, welche seit einigen Tagen gänzlich verstopft ist. Fieber 38,8.
13) Suchannek, Correspond.-Blatt f. Schweiz. Aerzte 1893, XXIII.	24jähr. Knabe, April 1889, es entwickelte sich allmählich seit 2 Wochen Nasenverstopfung.
14) Suchannek, briefl. Mittheilg.	30jähr. Frau, klagt über Nasenverstopfung, allg. Abgeschlagenheit, Eiterausfluss links. Verfasser diagn. zuerst Ulcus septi.

Bei Betrachtung dieser Reihe lassen sich zwei Typen unterscheiden. In gewissen Fällen entwickelt sich der Krankheitsprocess all-

Digitized by Google

mählich im Laufe von 1—2 Wochen, ohne dass sich zu diesem Nasenleiden allgemeine Krankheitserscheinungen hinzugesellen, oder es tritt Fieber und allgemeines Unwohlsein hinzu. Nie aber macht der Patient den Eindruck eines Schwerkranken, wie in den Fällen, in welchen die Krankheit plötzlich mit den Symptomen einer schweren Infectionskrankheit einsetzt. In den zur ersten Gruppe gehörigen ist öfter angegeben, dass Pat. lange Zeit vorher an einer Erkrankung der Nase gelitten hätte. Hier ist der Infectionsmodus klar; durch das viele Schnauben entstehen auf der Schleimhaut, der harte Borken aufliegen, Excoriationen. Durch Manipulationen in der Nase, welche von den Kranken zur Wegschaffung der Borken geübt werden, werden natürlich häufig durch die gerade nicht aseptischen Hände Infectionskeime an die lädirte Stelle gebracht (Störk, Bresgen), welche die Ursache der Krankheit sind, wie ja auch bei der Furunculosis des äusseren Gehörganges stets die Angabe gemacht wird, dass die Patienten wegen eines unangenehmen Gefühles oder aus Gewohnheit mit irgend einem Instrument in den Gehörgang zu bohren gewohnt seien. Die Infection wird also hier ebenso wie in der Nase zu Stande kommen; in letzterer entsteht entweder ein Ulcus, das zur Perforation führen kann, oder es bildet sich ein Abscess, der dann natürlich Fieber, Allgemeinerscheinungen und durch Stauung Oedem in der Umgebung zur Folge haben kann.

Die zweite Categorie von Perichondritiden wurde merkwürdiger Weise fast nur nach dem Jahre 1890 beobachtet, ja es häuften sich zu gewisser Zeit die Fälle, so dass z. B. Kuttner in einigen Wochen (die Jahreszeit ist nicht angegeben!) mehrere beobachten konnte.

I. Dieser auffallende Umstand bestimmte mich, diese Reihe mit einer epidemischen Krankheit in Zusammenhang zu bringen, welche Ende der 80er Jahre auftrat und seit dieser Zeit niemals ganz erloschen ist, sondern hier und da, besonders im Frühjahr und Herbst, auftritt, — ich meine die Influenza.

II. Ein zweites Moment, welches auf eine Beziehung zwischen der Influenza und der Nasenerkrankung hinweist, ist ein analoger Process, der sich während der Influenza, meist aber nach derselben im Gehörorgan abspielt. Es treten in den verschiedenen Theilen des Organs Blutergüsse auf, welche oft von den schwersten Erscheinungen auch suppurativer Natur begleitet oder gefolgt werden. Manche der erwähnten Symptomencomplexe in unseren Krankengeschichten zeigen das Bild der Influenza, welche als Ursache des Nasenleidens erscheint, wofür z. B. der III. Kuttner'sche Fall ein klassisches Beispiel giebt: „Pat. erkrankte mit Schnupfen, Kopfschmerzen und so heftigen Fiebererscheinungen, dass der durchaus nicht verweichlichte Kranke 2—3 Tage das Bett hütete. Am 4. Krankheitstage hatte das Fieber nachgelassen, Pat. fühlte sich vollkommen wohl. Am nächsten Tage aber bemerkte er, dass in der rechten Nasenhälfte und der Mittellinie des harten Gaumens sich Schwellungen einstellten, die langsam, aber stetig zunahmen, so dass am 7. Tage das Lumen der rechten Nasenseite vollkommen verlegt war. Der Nasenrücken war verbreitert, druckempfindlich, aber kaum geröthet. Kopf etwas benommen, doch ging Pat. seiner täglichen Beschäftigung nach. Temp. 37,8."

Digitized by Google

Im Gegensatz zu diesem Fall will ich den Jurasz'schen anführen, welcher eine 60 Jahre alte Frau betrifft, die „seit einem Jahre an einer Verstopfung beider Nasenhöhlen, an Trockenheit im Halse, Reiz zum Husten, näselnder Stimme und Unruhe des Nachts litt. Das Leiden entwickelte sich langsam, ohne vorausgegangene traumatische Verletzung der Nase und überhaupt ohne eine bekannte Ursache. Bei der Untersuchung der sonst gesunden, an keiner Dyscrasie leidenden Patientin, fand sich in der Nase eine symmetrische Anschwellung der Schleimhaut der knorpligen Scheidewand und eine Hypertrophie beider Muscheln etc. Die Schleimhaut der Nase war verdickt, succulent, excoriirt und blutete leicht" u. s. w. (Jurasz: Krankheiten der oberen Luftwege.) Wenn in der That diese beiden Kranken an derselben Erkrankung gelitten hätten, so wäre es unerklärlich, warum gerade der 21 Jahre alte, „durchaus nicht verweichlichte" Mann so schwere allgemeine Erscheinungen gezeigt hat, während die 60jährige Greisin von dem Leiden gar nicht angegriffen wurde, sondern sich, abgesehen von der Nasenverstopfung, gesund fühlte. Ebenso unerklärlich wäre es, „dass die Fiebererscheinungen (wie Kuttner sagt), die wohl im Beginn der Affection am heftigsten auftreten, im weiteren Verlauf derselben etwas nachzulassen pflegen", trotzdem die Spannung grösser wird. Beides aber ist leicht erklärlich, wenn in dem einen Fall eine schwere Infectionskrankheit als Ursache des Leidens angenommen wird, in dem andern aber der Abscess als eine beschränkte Erkrankung der Nasenschleimhaut am Septum und des Knorpels betrachtet wird, deren Aetiologie bei der „verdickten, succulenten, excoriirten und leicht blutenden" Schleimhaut wohl kaum als dunkel angenommen werden darf.

III. Drittens habe ich selbst zwei Beobachtungen gemacht, welche das Leiden als Folge der Influenza erscheinen lassen.

1) Frau X. aus Chropaczow erkrankte Juni 1896 mit starken Fiebererscheinungen, Kopfschmerz und grosser Mattigkeit; nach vier Tagen liessen die Beschwerden nach, so dass Pat. das Bett verliess; am Tage darauf stellte sich Verstopfung der Nase, besonders rechts ein, so dass Pat., welche schon früher wegen chronischer Rhinitis mit Borkenbildung in meiner Behandlung war, mich nach zwei Tagen consultirte, weil sich ihr früheres Leiden, jetzt mit Kopfschmerzen verbunden, wieder eingestellt hätte. Der Befund war folgender: Septum rechts hervorgewölbt und mit der Sonde eindrückbar. Bei der Incision entleerte sich viel Blut, das mit serös-eitriger Flüssigkeit vermischt war. Der Knorpel war rauh. Unter antiseptischer Behandlung heilte der Process ab.

Sollte bei diesem Falle der Einwand gemacht werden, dass die Influenza durch nichts bewiesen sei, so ist im nächsten das Leiden sicher nicht zu bestreiten.

2) Patientin aus Tarnowitz litt, wie mir der behandelnde College Dr. B. Böhm nachträglich bestätigte, November 1895 14 Tage lang an einer schweren Influenza. Einige Tage, nachdem sie das Bett verlassen, bemerkte Pat. Verstopfung der Nase, so dass sie sofort meine Hilfe aufsuchte. Die Untersuchung ergab am 29. November 1895 eine starke kugelige Vorwölbung des Septum beiderseits, welche das Lumen besonders rechts vollständig verschloss. Nach der Incision entleerte

Digitized by Google

sich Blut, das unter starkem Druck gestanden hat. Nach Excision eines Schleimhautstückes glatte Heilung.

Dass hier reines Blut, im vorigen Falle aber mit serös-eitriger Flüssigkeit vermischtes gefunden wurde, lag an dem Umstand, dass das eine Hämatom an dem Tage der Entstehung, das andere erst zwei Tage darauf incidirt wurde; erfolgt die Incision noch später, so finde man, wie fast alle Autoren berichten, Eiter. Ob auch in dem Lublinski'schen Falle die Annahme gerechtfertigt ist, dass der Abscess aus einem Hämatom entstanden ist, oder sich wie in unserer ersten Reihe von Fällen gebildet hat, ist zweifelhaft. Patient war Diabetiker, bei welchen bekanntlich oft Abscesse in der Haut auftreten; möglich, dass es sich hier um einen analogen Process handelt. Leider ist die Anamnese in dieser Beziehung mangelhaft, da nicht angegeben ist, ob Pat. öfter an Abscessen oder zu gleicher Zeit mit dem Nasenleiden an einem andern Körpertheile in ähnlicher Weise erkrankt war. Ueberhaupt müssen bei späteren Beobachtungen die Krankengeschichten in vieler Beziehung vervollständigt werden; ich will nur einige Punkte hervorheben. Es müsste mitgetheilt werden, in welcher Jahreszeit die Erkrankung aufgetreten ist, ob zu dieser Zeit oder vorher die Influenza in der Gegend aufgetreten sei. Von speciellen Punkten muss, wie es bereits von einigen Autoren geschehen, mitgetheilt werden, ob eine Erkrankung der Nase bestanden hat, da wir dann das häufigere Auftreten der Erscheinungen bei solchen Patienten dadurch erklären können, dass ein Locus minoris resistentiae dem Infectionsträger der Influenza das Eindringen erleichtert; selbstverständlich wird durch eine solche Annahme die oben erwähnte erste Categorie von Perichondritiden nicht berührt. Bei weiblichen Patienten wäre endlich die Frage einer zur Menstruation hinzutretenden Blutung zu erwägen.

Als Resumé stelle ich den Satz auf: Eine primäre oder idiopathische Perichondritis (auch Abscess genannt) der Nasenscheidewand giebt es nicht.

1) Tritt die Erkrankung schleichend auf, ohne schwere Allgemeinerscheinungen zu verursachen, dann geht stets ein Leiden der Nase voraus, durch welches an der Prädilectionsstelle für Excoriationen — am Septum — eine Infection der Schleimhaut und consecutiv eine Erkrankung des Knorpels hervorgerufen wird.

2) Setzt aber die Erkrankung mit schweren Allgemeinerscheinungen ein — hohes Fieber, Abgeschlagenheit, Mattigkeit, Schnupfen —, so ist der Abscess nichts Anderes als eine Folgeerscheinung der Influenza; er entsteht dann aus einem Bluterguss, wie solche im Verlaufe der Influenza auch am Ohr beobachtet worden sind.

Digitized by Google

Mittheilungen aus der Praxis.

Von

Dr. **M. Tsakyroglous** (Smyrna).

1) Zwei Fälle von Blutegeln im Kehlkopfe.

Parasiten des Larynx sind, wie bekannt, seltene Vorkommnisse. Eine Ausnahme bilden die Blutegel, welche in unseren Gegenden in unreinen Gewässern und Brunnen residiren. Die Haemopis sanguisuga ist die Art von Hirudinen, welche sich auf den Schleimhäuten des Rachens und Kehlkopfes bei Jägern und Landbewohnern festsetzt. Zwei solche Fälle, wo der Larynx der Sitz war, haben wir beobachtet. Der erste, vor mehreren Jahren, betraf einen Kohlenbrenner, der zweite einen 15jährigen jungen Mann. Dieser letztere hatte im August vorigen Jahres, während der Jagd, Wasser aus einem verdächtigen Brunnen getrunken. Sofort spürte er, dass ihm etwas im Halse sass. Langsam bekam er Husten, Hämoptoe, dyspnoetische Anfälle, grosse Angst, so dass er Tag und Nacht keine Ruhe und Schlaf hatte. Gurgelwasser mit Salz, Brechmittel und andere Medicationen hatten gar keinen Erfolg.

Am 12. Tage schickte einer unserer Collegen den Patienten zu mir. Das Laryngoscop entdeckte einen Blutegel auf dem linken Stimmbande, welcher sich auf der Basis der Epiglottis angesogen hatte.

Mit der kleinen Fauvel'schen Pincette wurde sofort der 5 cm messende Blutegel extrahirt. Keine Nachblutung.

2) Ein Fall von Laryngoplegie (Ictus laryngis).

Seitdem Charcot im Jahre 1876 den ersten Fall dieser eigenthümlichen Krankheit beobachtet und mit dem Namen Ictus laryngé bezeichnet hatte, wurden von mehreren anderen Aerzten neuere Fälle diagnosticirt und beschrieben. Obwohl die Zahl der bis jetzt publicirten Fälle einige Dutzend beträgt, sind doch alle Beobachter noch nicht einig über die Pathogenese dieser Neurose und über die eigentliche Symptomatologie derselben.

Der folgende von mir beobachtete Fall weicht von dem gewöhnlichen Typus ab, und glaube ich daher seine Publication von Interesse, weil die Reflexe nicht vom Kehlkopf und wie gewöhnlich unter Husten, sondern vom Pharynx ausgelöst wurden (Pharyngoplegie).

Kirkor A., 35 Jahre alt, Syphilis im 28. Jahre, von der keine Symptome mehr vorhanden sind. Seit $1^1/_2$ Jahren verheirathet und Vater eines gesundes Kindes. Im Mai 1896 consultirte er uns wegen seiner Dysphagie und seines angeblichen Larynx-Leidens. Patient erzählte, dass er im Monat April von Influenza befallen wurde und nachdem er etwa zwei Wochen gelitten, bekam er Magenschmerzen und dann plötzlich einen laryngoplegischen Anfall, welcher sich 2 bis 3 Mal jede Woche wiederholte. Insbesondere fügte der Kranke noch hinzu, dass er, als er bei Nacht aus einem Glase Milch zu trinken versuchte, bewusstlos niedergefallen sei. Nach 10—15 Secunden stand er auf, ohne etwas zu fühlen, ohne irgend einen Zungenbiss zu erleiden und ohne jede Spur von Mattigkeit. Seitdem bekam er noch 12 solche

Digitized by Google

Anfälle von verschiedener Dauer. Wie seine Umgebung erzählt, wurde er im Beginn jedes Ictus bleich, bekam Athemnoth und fiel zu Boden. Am häufigsten kam der laryngoplegische Accès beim Schlucken und resp. beim Schlucken fester Nahrung, wie Bisquit, seltener beim Trinken. Kein Husten geht voraus, nur ein Kitzelreiz in der Kehle. Bei einem dieser Anfälle verspürte Patient Schwindel und Neigung zum Erbrechen.

Wie aus der Anamnese hervorgeht, bekam er den ersten Anfall in seinem 16. Jahre, also vor 19 Jahren, und damals bei Tisch, seitdem wiederholten sich die Anfälle selten und waren leichter Natur.

Das laryngoscopische Examen ergab nichts Auffallendes, ausgenommen eine leichte Hyperämie der Kehlkopfschleimheit. Der Pharynx, wie die Conjunctiva des Auges stark anästhetisch. Patellarreflexe normal.

Als Behandlung verordneten wir Antipyrin und in den Intervallen Bromkali. Seit vier Monaten Stillstand der Anfälle.

Sitzungsbericht der New-Yorker Academy of Medicine.

Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Sitzung vom 27. November 1895.

Vorsitzender: Dr. D. Bryson Delavan.

Dr. C. G. Coakley zeigt ein Gummituch, welches bei Operationen in Mund oder Nase Blut und Auswurf empfangen soll.

Dr. Dwight L. Hubbard: Durch Creosot-Injectionen geheilte Larynx-Ulcerationen.

H. hat einen an Kehlkopf- und Lungentuberculose leidenden Pat. mittelst der von Dr. Chappel angegebenen intratrachealen Creosot-Injectionen behandelt und einen günstigen Erfolg erzielt. Der Befund bei der Aufnahme war folgender: Infiltration des rechten Unterlappens, Stimmbänder durch alte Geschwürsnarben unregelmässig, das hintere Drittel des rechten Stimmbandes infiltrirt, ebenso die Aryknorpel. Ein etwa erbsengrosses Geschwür an der Vorderseite der Trachea in der Höhe des zweiten Trachealringes. Unter der erwähnten Creosotbehandlung gingen die Infiltrationen zurück, das Geschwür verkleinerte sich, der Patient nahm an Gewicht zu, so dass im Ganzen eine bemerkenswerthe Besserung eingetreten ist.

Dr. W. F. Chappel: Ein Fall von Larynxtuberculose.

Ch. hat einen Fall behandelt, der bei seiner Aufnahme Verdickung, Röthung der Stimm- und Taschenbänder, Schwellung und Ulcerationen auf den Aryknorpeln, sowie Ulcerationen auf dem rechten Stimmbande und freien Rande des linken aufwies. Lunge in mässigem Grade erkrankt. Die Behandlung bestand in Creosot innerlich und submucös in den Larynx. Unter dieser Behandlung hat Pat. 30 Pfd. zugenommen, der Kehlkopf ist ausgeheilt bis auf eine Verdickung des einen Aryknorpels, welche Ch. der Hyperplasie des Gewebes zuschreibt.

Vorsitzender Dr. Delavan bestätigt die auffallende Besserung in diesem Falle.

Digitized by Google

Dr. Irwin H. Hauck hat gute Erfolge mit den submucösen Injectionen gehabt.

Dr. Chappel wendet die submucösen Injectionen auch bei vorgeschrittener Lungentuberculose an, da sie gänzlich unschädlich sind. Im Uebrigen hat er bei seiner Behandlung auch einige Misserfolge gehabt.

Dr. Richard Frothingham: Ein Fall von Larynxtumor. Ein Mann von etwa 38 Jahren, vor einem Jahre an Halsgeschwüren behandelt, deren Narben noch zu sehen sind. Jetzt findet sich eine ausgebreitete Verdickung des Schildknorpels, vor Allem rechts, wo auch die entsprechenden Lymphdrüsen vergrössert sind. Mit dem Spiegel sieht man einen grossen rothen, gerundeten Tumor oberhalb der Stimmbänder, der, von der rechten Larynxseite ausgehend, den Kehlkopf ziemlich ausfüllt: Er reicht bis über die Medianlinie, wobei das rechte Stimmband völlig verdeckt wird, und oben bis an die Epiglottis heran.

Die Diagnose schwankt zwischen Gumma, malignem Tumor, Perichondritis, Enchondrom oder Cyste. Da der Mann vor 16 Jahren einen Schanker gehabt hat, wurde Jodkali in grossen Dosen gegeben, aber ohne Erfolg in Bezug auf den Tumor. Dagegen hob sich das subjective Befinden. Die Untersuchung der Brust giebt deutliche Anzeichen für Tuberculose.

Dr. Jon. Whright hält den Tumor für tuberculöser Natur.

Dr. K. W. Simpson hat einen ähnlichen Eall gesehen, der sich als Chondrom entpuppte.

Dr. R. P. Lincoln hält nach der Krankengeschichte und Grösse des Tumors Enchondrom für ausgeschlossen.

Dr. E. Mayer hält Tuberculose für ausgeschlossen, ebenso Carcinom. Er hält den Tumor für specifisch.

Dr. Clinton Wagner: Thyreotomie mit Krankenbericht über die in den letzten 20 Jahren operirten Fälle.

W. hält die Thyreotomie angezeigt in Fällen von (malignen) Tumoren des Kehlkopfs, in welchen sonst nur noch halbseitige oder Totalexstirpation des Kehlkopfs in Frage kommt, sowie in Fällen von Verschluss des Kehlkopfes bei sehr jungen Kindern.

Zwecks Ausführung der Operation werden die Schultern hochgelegt, der Kopf zurück, wodurch die Haut des Halses gespannt, der Kehlkopf hervorgedrängt wird. Hautschnitt in der Medianlinie ein wenig oberhalb der Incisura thyreoidea nach unten bis zur Mitte des Ringknorpels. Durchtrennung der Fascie. Mit einem kleinen geknöpften Messer wird die Membrana crico-thyreoid. durchtrennt und alsdann das Messer mit einer sanft sägenden Bewegung nach aufwärts durch den Schildknorpel hindurchgeführt. Bei jüngeren Individuen gelingt dies ohne Schwierigkeit, bei älteren, wo sich häufig Verknöcherungen im Thyreoidknorpel finden, muss zuweilen die durch einen Electromotor getriebene Säge zu Hilfe genommen werden. Die Schwierigkeiten der Operation beginnen erst nach der Durchtrennung des Larynx. Die Einführung des Messers, dazu der Blutverlust verursachen heftige Reflexbewegungen. Krampfhaftes und sehr schnelles Heben und Senken des Kehlkopfes verbieten die Anwendung spitzer Messer oder Scheeren durchaus, da sonst leicht penetrirende Oesophaguswunden mit nach-

Digitized by Google

folgender Fistelbildung geschaffen werden. Da natürlich Blut in die Trachea hinabfliesst, darf Patient nicht so tief narcotisirt werden, dass die Hustenreflexe aufhören, da sonst durch Ueberschwemmung der Lunge Asphyxie eintritt.

Die beiden Hälften des Schildknorpels werden durch Haken auseinander gehalten und, bei vorsichtiger Fortsetzung der Narcose, die Gewächse oder Membranen entfernt.

Die Blutung ist, ausser bei carcinomatösen Gewächsen, meist unbedeutend und leicht ohne Anwendung von Ligaturen zu stillen. Die Arteria crico-thyreoidea ist die einzige, die verletzt werden könnte. Nachtheilige Folgen hat die Operation nicht. Die empfohlenen Silbersuturen durch den Schildknorpel sind überflüssig. Es genügt, die Hautwunde gut zu vernähen und mit Heftpflaster zu bedecken.

Die Thyreotomie ist, namentlich bei Kindern unter fünf Jahren, eine äusserst langwierige und mühsame Operation, die die Geduld des Operateurs und der Assistenten auf das Aeusserste in Anspruch nimmt.

W. hat die Operation an 15 Patienten, deren jüngster 18 Monate, deren ältester $66^1/_2$ Jahre alt war, mit günstigem Erfolge ausgeführt, soweit dies die Natur der Grundkrankheit zuliess. Er berichtet eingehender über seine meist schon publicirten Fälle, und stellt einen jungen Mann vor, den er vor 17 Jahren tracheotomirt hat, um die völlig normale Stimme zu demonstriren.

Vorsitzender Dr. Delavan meint, dass die Gefahren der Thyreotomie vielfach übertrieben würden, und dass die Operation verdiente, öfter angewendet zu werden.

Dr. Twain schliesst sich dem an; er hat in den letzten Jahren zwei Thyreotomien und eine Laryngectomie mit gutem Erfolge gemacht.

Dr. Mayer hebt die Nothwendigkeit hervor, eine Kreissäge bei der Hand zu haben wegen eventueller Verknöcherungen.

Dr. Myles frägt, wie Dr. W. das Eindringen von Blut in die Bronchien verhindert.

Dr. Wagner: Durch Tieflagerung des Kopfes.

Vorsitzender Dr. Delavan: Herr Butlin macht die Operation ebenfalls ohne Trachealcanüle. Er legt den Patienten so, dass das Blut nach dem Kopfe zu abfliesst. Das Innere des Larynx und die Wundoberfläche wird mit Jodoform bestäubt, wobei man das Oeffnen der Wunde während der Schluckbewegungen gut verwerthen kann, ein Jodoformgazeverband angelegt. Patient wird die ersten 18 Stunden ausschliesslich per Rectum ernährt, späterhin wird durch kleine Wassermengen vorsichtig, bei hängendem Kopf, ausprobirt, ob das Schlucken wieder gut von Statten geht. Alsdann Milchdiät etc.

Dr. Wagner giebt die ersten 10 Tage nur Milch und Beaf-tee. Die Wunde heilt überraschend schnell. Bei malignen Tumoren glaubt er übrigens nach seinen Erfahrungen die Operation nicht empfehlen zu können.

Digitized by Google

Sitzung vom 25. März 1896.
Vorsitzender: James E. Newcomb, M. D.

Dr. L. A. Coffin demonstrirt einen Ansatz zu der von Dr. Chappel angegebenen Kehlkopfspritze. Er besteht aus einem biegsamen Röhrchen, das auf die Larynxcanüle gesetzt wird, so dass man Injectionen in die Trachea machen kann.

Dr. Joseph Muir demonstrirt ein ähnliches Instrument.

Dr. Sharp stellt einen Fall mit Aneurysma der Arteria pharyngea ascendens vor.

Dr. Whright hat zwei ähnliche Fälle gesehen, in denen der Tumor der Arteria wie ein Buckel aufsass. Er glaubt nicht, dass Aneurysma in diesen Fällen vorliegt, sondern nur ein abnorm grosses Blutgefäss. Ein Fall von Aneurysma der Tonsillen, entsprechend dem von Dr. Watermann vorgestellten, sei unlängst in Wien beschrieben.

Dr. T. P. Berens kann mit dem Finger nur einen harten Puls, aber kein Schwirren fühlen. Er glaubt, dass die Pulsation mehr auf Rechnung der Nachgiebigkeit des umliegenden Gewebes zu setzen sei.

Dr. W. K. Simpon meint, dass der Bezirk, über welchen sich die Pulsation erstreckt, zu gross für einen Arterienpuls sei und glaubt an ein Aneurysma.

Dr. Myles hat einen gleichen Fall beobachtet, bei dem allgemeine Arteriosclerose vorlag.

Dr. Barton spricht über: Intratracheale Injection bei Erkrankungen des Respirationstractus.

Dr. J. Muir: Bei Erkrankungen des Larynx und der Bronchien ist zweierlei zu thun, die Erkrankung der Schleimhaut zu heilen und den Husten zu beseitigen. Beides kann durch die Localbehandlung, für welche er namentlich Menthol in 3—30proc. Lösung empfiehlt, erzielt werden. Ein 25proc. Zusatz von Alcohol soll eine innigere Vermischung des Medicaments mit den Secreten bewirken. Bei reichlicher Secretion ist ein 2—10proc. Zusatz Tinct. jodi von Nutzen. Bei atrophischer Laryngitis empfiehlt er 2—5proc. Lösungen von Kerolin. ichthyol. Bei Phthisis giebt er Antiseptica lieber, als Inhalationen innerlich: er empfiehlt die Trachealinjectionen als beste Localbehandlung.

Dr. Rice empfiehlt die Methode zu ernstlicher Beachtung, da sie wohl im Stande zu sein schiene, bei chronischen Bronchial- und Lungenerkrankungen Erleichterung zu schaffen ohne Anwendung von Narcotica. Die öligen Lösungen sind am zweckmässigsten. Die Injection soll nur von geübter Hand und unter Cocainanästhesie gemacht werden, da es sehr schwer ist, die Spitze des Tubus zwischen die Stimmbänder hindurch in die Trachea zu führen. Er wendet ölige Lösungen von Chloroform, Eucalyptol, Thymol an, die sowohl adstringirend und beruhigend wirken in Folge ihrer raschen Verdunstung, als auch einen befördernden Einfluss auf die Heilung von Geschwüren und Rückgang entzündlicher Schwellungen haben.

Dr. Drayton hat gute Erfolge mit intratrachealen Injectionen gehabt.

Dr. Beverley Robinson hat die intratrachealen Injectionen nach mehrjähriger Anwendung wieder aufgegeben, da die Erfolge nicht er-

Digitized by Google

muthigend waren, und glaubt, dass, wie bei so mancher Methode der Behandlung von Lungenerkrankungen, auch bei den Injectionen der Enthusiasmus bald wieder schwinden werde. Er hält an dem Gebrauch von Expectorantien fest.

Dr. J. Whright schliesst sich den Ausführungen des Vorredners an. Chronischer Reizhusten, wenn nicht durch Emphysem oder Tuberculose bedingt, wird nach seiner Erfahrung meist durch Veränderungen im Kehlkopf, Rachen oder Nase bedingt und ist dort zu behandeln.

Dr. Nichols wendet statt der schwierig einzuführenden Spritze einen Zerstäuber an, so dass die ganze Trachealschleimhaut berieselt wird.

Dr. Wendell C. Philipps hat die intrapulmonalen Injectionen mehrere Jahre hindurch ohne besonderen Erfolg angewandt. Er hält sie für contraindicirt in acuten Fällen.

Dr. W. K. Simpson glaubt nicht, dass man mittelst intratrachealer Injectionen Tuberculose z. B. heilen könne, wohl aber den lästigen Hustenreiz mildern.

Dr. Berens meint, dass bei Erkrankung der feineren Bronchien Injectionen in die Trachea wenig Zweck haben. Im Uebrigen hat er sie in zwei Fällen mit gutem Erfolge angewendet. Bei acuter Laryngitis sei das Haupterforderniss Buhe.

Dr. Barton betont in seinem Schlusswort, dass die intratrachealen Injectionen gar nicht dazu dienen sollen, Tuberculose zu heilen, sondern nur den Hustenreiz zu mildern. Er hat seine guten Resultate übrigens nicht in der Privatpraxis, sondern in der Poliklinik gehabt, wo die Patienten täglich und gern kämen. Dr. Freytag.

Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Vierte Jahresversammlung in Utrecht, 17. Mai 1896.

In den Vorstand wurden wieder gewählt als Vorsitzender Herr Prof. Guye, als Schriftführer Herr Dr. Burger und als Schatzmeister gewählt Herr Dr. Moll.

Vorträge:

1) A. Huysman (Utrecht): Demonstration eines Patienten mit Perforation der beiden vorderen Gaumenbögen.

Solche Fälle sind ziemlich selten. H. fand in der Literatur blos 5 Fälle von Perforation des hinteren, 15 des vorderen Gaumenbogens. Weil die Aetiologie in den meisten Fällen unbekannt ist und die Meinungen differiren, so erachtet er Demonstration jedes einschlägigen Falles für erwünscht. Einige der früheren Beobachter betrachteten diese Perforationen als die Folgen von Tonsillitis oder Peritonsillitis. Andere halten sie für eine congenitale Abweichung. Der demonstrirte Pat. ist 20 Jahr; er hat als Kind an Scharlach gelitten und aus demselben eine Perforation der beiden Trommelfelle und herabgesetzte Hörschärfe behalten. Nennenswerthe Rachenbeschwerden haben nie

Digitized by Google

bestanden. Bei der Inspection der Fauces sieht man nahezu symmetrisch eine ovaläre, durch die Muskelbündel des Palato-glossus begrenzte Perforation mit glattem Rande. Keine Spur von Narbenbildung. H. hält die Abweichung für eine congenitale. Indessen gab ihm die embryologische Literatur keine Erklärung für diese Anomalie.

Herr Guye: Ich habe einen Pat. mit schönen symmetrischen Perforationen gesehen, welche wahrscheinlich durch Scharlach entstanden waren. Die Symmetrie ist kein Beweis für die congenitale Genese. Auch in dem demonstrirten Fall glaube ich, dass die Perforationen die Folgen von überstandenem Scharlach sind.

Herr Huysman: Pat. hat Scharlach gehabt. Allein es giebt keine Andeutung, dass ein peritonsillärer Abscess bestanden hätte. Die Abwesenheit einer Narbe und der vollkommen glatte Rand lassen mich annehmen, dass die Abweichung hier eine angeborne ist.

Herr Pel: Auch die Form der Oeffnung spricht für eine congenitale Genese.

Herr Huysman: Gegen die Entstehung im Anschluss an Peritonsillitis gilt auch, dass letztere gewöhnlich einseitig vorkommt.

Herr Moll: Auch die doppelseitigen sind nicht selten.

Herr Burger: Beim häufigen Vorkommen peritonsillärer Abscesse sehen wir fast nie eine bleibende Oeffnung auftreten. Für solche Genese müssen wir also 1) einen doppelseitigen Abscess, und 2) auf beiden Seiten diesen seltenen Verlauf annehmen.

2) M. Bolt (Groningen): Die Percussion des Warzenfortsatzes.

B. erinnert an den schon längst von der Percussion gemachten Gebrauch, um Empfindlichkeit der Wartzenfortsatzgegend zu constatiren; an die Hagen'sche Methode, um mittelst Percussion Exsudate in der Paukenhöhle zu diagnosticiren, und an die Publicationen von Koerner, Wilde und Eulenstein, welche bei dumpfem Percussionsschall regelmässig erhebliche, durch die Operation bestätigte Abweichungen im Warzenfortsatz fanden.

B. sah zwei Fälle von acuter Mittelohrenentzündung bei Kindern, wo die spontane Perforation lange auf sich warten liess und wo, bei Abwesenheit von Schwellung, Hyperämie und Oedem, eine deutliche Dämpfung auf dem Warzenfortsatz erhalten wurde. Die von B. vorgestellte Mastoïd-Operation wurde geweigert. In beiden Fällen trat nach der Trommelfelldurchschneidung in kurzer Zeit Genesung ein. Eine Dämpfung allein rechtfertigt also nicht die frühzeitige Operation.

Herr Guye: Bei Erwachsenen habe ich die directe Percussion oft versucht, ohne damit brauchbare Resultate erhalten zu haben.

Herr Moll: Ich möchte betonen, dass bei acuter Mittelohrentzündung die Zellen des Warzenfortsatzes sehr oft mitergriffen sind, dass aber diese Thatsache an und für sich keine Indication für die Mastoid-Operation bildet.

Herr Pel: Die Percussion des Schädels ist grösstentheils ein noch unbearbeitetes Feld. Wir kennen mehrere Thatsachen, z. B. den tympanitischen Percussionsschall bei gewissen Hirngeschwülsten in der Nähe des Tumors und das bruit de pot fêlé, welches bisweilen bei Höhlenbildung im Schädeldach erzeugt werden kann.

Digitized by Google

3) A. Mynlieff (Utrecht): Demonstration von microscopischen Präparaten und Culturen von Ozaena-Bacillen (Abel).

4) A. A. G. Guye (Amsterdam): Demonstration eines Falles von Radicaloperation wegen Cholesteatoms.

Der Pat., 39 Jahre alt, war bereits vor 20 Jahren in G.'s Behandlung. Er hatte damals chronische linksseitige Mittelohreiterung mit Polypenbildung. G. hat ihm damals auch einen Abscess auf dem Warzenfortsatz eröffnet. Pat. zeigte sich erst 1888 wieder, weil er seit Kurzem wieder an Ohrenschmerz und Otorrhoe litt. G. entfernte wiederum Granulationen und verkästen Pus aus der Paukenhöhle und Pat. blieb wieder ein Jahr, beschwerdenfrei, aus der Behandlung fort. In den Jahren 1889 und 1890 zeigte er sich mit leichten Recidiven; 1890 bis 1896 war er ohne Beschwerden. Als er sich, 21. März 1896, wieder in Behandlung stellte, litt er seit einigen Wochen an den früheren Beschwerden. Eine grosse Masse trockener Epidermis wurde aus dem Ohre entfernt und es zeigte sich, dass durch Usur der hintern Gehörgangswand eine breite Communication mit dem Antrum enstanden war. In den ersten Wochen überstand Pat. einen Influenza-Anfall; Ohrenschmerz und Otorrhoe nahmen zu und es entwickelte sich ein Abscess über dem äussern Gehörgang. Am 18. April wurde die Operation vorgenommen. Das Antrum war sehr gross und mit Eiter und Cholesteatommassen gefüllt. Nachdem dieselben entfernt worden, wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Zwei Tage später führte G., behufs Herstellung einer persistenten cylindrischen Oeffnung, in der Mastoidgegend eine 12 mm starke, 3 cm lange Kautschukröhre in das Antrum und legte neben der Röhre einen Streifen Jodoformgaze durch die Oeffnung in der hintern Gehörgangswand nach aussen, um auf diese Weise diese Oeffnung offen zu erhalten. Er lässt den Pat. selbst täglich Salzlösung in den Gehörgang und in die Röhre hineinspritzen, den Valsalva'schen Versuch machen, die Röhre reinigen und die Gaze erneuern. Seit einer Woche ist Pat. wieder in seiner Heimath und behandelt sich auf diese Weise. Pat. hat keine Beschwerden mehr; das Gehör hat sich gehoben. G. beabsichtigt später, wenn die Höhle sich um die Röhre herum epidermisirt hat, die letztere wegzulassen. Vor vier Jahren hat G. in dieser Gesellschaft einen auf diese Weise operirten Patienten demonstrirt, welcher jetzt seit acht Jahren mit persistenter Oeffnung geheilt und ohne Beschwerden ist. G. wird der Bitte des Pat., die retro-auriculäre Oeffnung zu verschliessen, nicht nachkommen, weil das Uebel dann fast sicher recidiviren wird.

Herr Moll: Warum verhindert Herr G. nicht durch eine plastische Operation das Zuwachsen der Oeffnung?

Herr Bolt: Mit den täglichen Einspritzungen kann ich mich nicht einverstanden erklären, da der Zweck ist, die Höhle trockenzulegen.

Herr Guye: Es ist die einzige Weise, auf welche Pat. selbst die Höhle reinigen kann. Dieselbe bleibt auch nur ganz kurze Zeit feucht.

Herr Braat: In der Tiefe befinden sich noch reichliche Granulationen.

Herr Guye: Die Operation ist nur erst vier Wochen her und Pat. keineswegs geheilt.

Digitized by Google

Herr Reinhard: Mit Freude sehe ich, dass auch Herr G. beim Cholesteatom eine persistente Oeffnung anlegt. Bei diesem Leiden kommen keine cosmetischen Rücksichten in Betracht und soll man Alles thun, um Recidiven vorzubeugen. Sogar bei bestehender retroauriculärer Oeffnung kommen, wiewohl viel seltener wie früher, Recidive vor. Warum macht Herr G. keinen Lappen nach Kretschmann, um die bleibende Oeffnung so gross wie möglich zu gestalten?

Herr Guye: Ich bin mit der Tamponade mit einer starken Kautschukröhre völlig zufrieden.

5) A. C. H. Moll (Arnheim): Demonstration eines Falles von Trepanation des Warzenfortsatzes.

Pat., ein 30jähriger Mann, hat in der Jugend Otorrhoe gehabt. Seit zwei Jahren bestehen Kopfschmerzen, welche in den letzten 14 Tagen excessiv sind. Sein Hausarzt constatirte Ohrenfluss und Schwellung an der hintern Gehörgangswand, welche er für einen Furunkel ansah und incidirte. Als nach zwei Tagen Schwellung hinter dem Ohre auftrat, wurde Pat. nach M. verwiesen. In der Tiefe war der Meatus stark geschwollen, und als M. die Oeffnung in demselben sondirte, stiess er in einer Höhle auf cariösen Knochen. In Anbetracht des heftigen Kopfschmerzes, der Schwellung und Druckempfindlichkeit hinter dem Ohre, der Ohreneiterung, ging M. sofort an die Operation. Dabei zeigte sich, dass die Corticalis der Warzenfortsatzgegend bereits perforirt war. Von Warzenfortsatzzellen war nicht mehr die Rede; die Höhle war mit verkästem Eiter gefüllt. Von der hintern Gehörgangswand war nur noch eine sehr dünne Lamelle bei der äussern Ohröffnung übrig; vom Trommelfell und von den Gehörknöchelchen war keine Spur mehr vorhanden. Auch die laterale Wand des Atticus war verschwunden. Es hatte sich eine grosse Höhle gebildet, wie man sie bei der Radicaloperation darzustellen sucht. Die Natur hält sich aber nicht innerhalb der uns gesetzten Schranken. Beim Ausräumen der Höhle mit dem Löffel fand M. nämlich in der Tiefe abnorme Aushöhlungen. Dieselben genau zu bestimmen war nicht möglich, da bei gewissen Bewegungen des Löffels Contractionen in den Angesichtsmuskeln auftraten. Auf der hintern Wand der Höhle lag der Sinus in einer Ausbreitung von $^1/_2$ cm bloss. Zum Schluss machte M. eine Plastik, indem er einen grossen Hautlappen aus dem hintern Gehörgang und dem Halse in die Höhle hineintamponirte. Bald nach der Operation verschwand der Kopfschmerz, sowie eine leichte Facialis-Parese. Während der Heilung traten die genannten Aushöhlungen deutlicher zu Tage. Es waren zwei durch eine Knochenbrücke von einander getrennte Vertiefungen. Unter der abgerundeten und rund verlaufenden, den Eindruck eines Bogenganges machenden Brücke hindurch konnte man mit der Sonde von der einen Aushöhlung in die andre kommen. Die Orientirung, welche bereits bei der Operation sehr schwer war, ist durchaus nicht leichter geworden. M. möchte wissen, was diese Brücke eigentlich ist. Obgleich dieselbe den Eindruck eines Bogenganges macht, so glaubt er dennoch, dieselbe eher als ein Product von Caries und Usur zugleich mit Knochenneubildung betrachten zu müssen. Die durch die äussere Ohröffnung längs der vorderen Gehörgangswand eingeführte Sonde dringt in die untere Ver-

Digitized by Google

tiefung 3,8 cm tief ein. Bis auf die Brücke ist die Distanz 3,2 cm, unmittelbar hinter dem Ohre sind diese Distanzen 3,1 und 2,2 cm. Ausser der Lage der Brücke, welche keinem der Bogengänge entspricht, plädirt auch der vollkommene Verschluss des Ostium phar. tubae für einen Ossificationsprocess.

Herr Burger: Ich schliesse mich Herrn M. an, dass die Knochenbrücke in der Höhle durch Usur und Knochenwucherung entstanden ist und nicht einen der Bogengänge repräsentirt. Es müsste dann der horizontale Bogengang sein, welcher aber mehr nach hinten liegt.

6) C. Reinhard (Duisburg): Demonstration eines Falles von tiefem Halsabscess nach Otitis media purulenta.

Der Fall, den ich Ihnen zeige, ist deshalb bemerkenswerth, weil sich, nachdem die Erscheinungen von acuter Mittelohrentzündung bereits verschwunden waren, ein tief unter der Musculatur liegender Halsabscess bildete. Dieselben Symptome des tiefen Halsabscesses geben nicht selten Gelegenheit zur Verwechslung mit Caries der Halswirbelsäule. Eine derartige Verwechslung ist um so leichter möglich, wenn die Mittelohrentzündung, wie im vorliegenden Falle, bereits vollständig abgelaufen ist. Trotzdem können die Eitersenkungen bis auf die Clavicula herab unter der tiefen Hals- und Nackenmusculatur her vorgeschritten sein. Zaufal erwähnt in der Prager med. Wochenschrift 1894 zwei solcher Fälle. Der Durchbruch am Warzenfortsatz erfolgt entweder an der typischen Stelle am Planum mastoideum, oder an der Spitze und hier vielfach an der inneren Seite derselben.

Bei dem vorgestellten Fall erfolgte der Durchbruch am Planum. R. hat auch Fälle gesehen, bei denen sich Fisteln an der Innenseite der Spitze vorfanden. Man muss nun eine völlige Abtragung derselben vornehmen, da sonst leicht Retentionsherde entstehen, die zu späteren weiteren Incisionen Veranlassung geben. Bei vorliegendem Falle war besonders die intensive Härte der Infiltration bemerkenswerth, welche sich vom Planum und vom hinteren Rande des Warzenfortsatzes bis zur Clavicula und zum Manubrium sterni erstreckte und ein Gefühl von Fluctuation nicht aufkommen liess. Die Aufmeisselung wurde am 28. März ausgeführt, dabei am Planum eine erbsengrosse Durchbruchsstelle gefunden, aus welcher sich flüssiger, gelber, nicht übelriechender Eiter entleerte. Am nächsten Tage waren die Kopfschmerzen und Eingenommenheit des Kopfes verschwunden. Mittelohr frei; Hörweite 6 m für Flüstersprache. Am 10. 4. Der Senkungsabscess wird wegen anhaltender profuser Eiterung nochmals incidirt. Es entleert sich viel Eiter. Täglicher Verbandswechsel. 23. 4. Weitere Senkung. Darum wird heute die Incision tiefer gelegt und die Wunde drainirt. 11. 5. Die Wunde reinigt sich langsam, so dass Pat. heute mit guten Granulationen in die poliklinische Behandlung übergeht. Die vorher steinharte Infiltration der Weichtheile, welche sich bis zur Clavicula und nach vorn zum Manubrium sterni erstreckte, ist bedeutend zurückgegangen, aber am hinteren Rande des Proc. mast. immer noch nachweisbar. Flüsterzahlen 6 m.

Herr Guye: Der Fall ist den andern Bezold'scher Perforationen sehr ähnlich. Ist wirklich der Eiter durch eine Oeffnung im Planum

Digitized by Google

mast. an den Hals gerathen? Hat nicht eine zweite Oeffnung an der inneren Fläche des Warzenfortsatzes bestanden?

Herr Reinhard: Ein Durchbruch im Bezold'schen Sinne ist nicht gefunden worden. Nach dem Zurückschieben der Haut kam ich sofort mit der Sonde in eine tiefe Fistel.

Herr ten Siethoff: Ich möchte mir die Frage erlauben, ob der Eiter auch microscopisch untersucht worden ist. Die steinharte Infiltration am Halse, die sich bis zum Schlüsselbein fortsetzt, lässt an die Möglichkeit einer Actinomycose denken.

Ich selbst habe im vergangenen Jahre einen Bauern wegen Otorrhoe in Behandlung gehabt, bei dem der ganze äussere Gehörgang entzündet und die Mastoidgegend geschwollen war, so dass Muschel und Warzenfortsatz nicht von einander abzugrenzen waren. Von der Spitze dieses Fortsatzes, wo die Schwellung und die Härte am intensivsten waren, bis in die Supra-claviculargegend fühlte man eine zusammenhängende Infiltration aller Weichtheile, welche sich auch nach der Submentalgegend ausbreitete. Ein Zusammenhang mit den Lymphdrüsen war nicht zu constatiren. Die Taubheit zeigte sich nach Reinigung des Gehörganges als eine geringe. Die eigenthümliche Härte der Infiltration, das Unbegrenztsein derselben, die Abwesenheit von Fluctuation brachten mich auf den Gedanken, dass Actinomycose im Spiele sein könnte. Wirklich fand ich in dem Eiter typische Actinomyces-Körnchen mit schönen Kolbchen. Ohne mich weiter um die Otitis zu kümmern, d. h. ohne andere locale Behandlung als tägliche Reinigung und Tamponade des Gehörganges, verschrieb ich Jodetum kalicum 2 Gr. dd. mit dem Resultat, dass Pat. nach vier Wochen geheilt entlassen wurde. Die Infiltration am Halse war erst nach neun Wochen vollständig verschwunden.

Herr Reinhard: Ich habe den Eiter nicht untersucht, weil ich keinen Grund hatte, an Actinomycose zu denken. Mir ist nur ein Fall von Actinomycose des Ohres bekannt. Ich sah es bei Zaufal. Der Eiter hatte dort ein ganz anderes Vorkommen wie bei meinem Pat.; es waren da typische Körnchen schon macroscopisch sichtbar. Auch der Chirurgus, welcher mit mir den Pat. gesehen, hat an Actinomycose nicht gedacht. Indessen ist mir die Bemerkung sehr interessant und werde ich den Eiter untersuchen. (Cf. No. 11.)

7) W. van der Heide (Amsterdam): A. Demonstration von Choanalpolypen.

v. d. H. demonstrirt vier Choanalpolypen. Für die Extraction giebt er der durch die Nase eingeführten kalten Schlinge den Vorzug, womit man fast immer den Polyp in toto entfernt. Gewöhnlich braucht man für das Umlegen der Schlinge auch die zweite in die Nasenrachenhöhle eingeführte Hand.

Der erste Polyp, welcher bei einer 35jährigen Frau die linke Choane ausfüllte und sich hinter dem Septum nach rechts erstreckte, wurde mit der Wilde'schen Schlinge durch die Nase entfernt.

Der zweite füllte bei einer 75jährigen Frau den Nasenrachenraum fast vollständig aus. Dieses Fibrom war 5 cm lang, 3 cm breit, 2 cm hoch.

Der dritte wurde bei einem 11jährigen Mädchen in Chloroform-

Digitized by Google

narcose längs demselben Weg abgetragen. Da die Schlinge den Stiel durchschnitt, kam der Tumor durch den Mund heraus. Die Basis des Polypen auf der mittleren Muschel wurde mit dem Galvanocauter behandelt.

Der vierte, ein Cystofibrom, konnte bei einem 20jährigen Patienten durch die rechte Nase gesehen werden und erstreckte sich auch hinter dem Septum nach links. Es gelang auch mit Hilfe der zweiten Hand nicht, die Schlinge anzulegen. Beim Versuch, den Tumor mit einem Häkchen zu fassen, riss dasselbe durch und es entleerte sich eine bedeutende Menge hellgelber Flüssigkeit. Jetzt gelang es, den Polypen zu fassen und zu extrahiren. Wie man sieht, ist derselbe ein kleines Fibrom mit einem länglichen Cystensack. Diese Form hat v. d. H. in der Literatur nicht erwähnt gefunden.

B. Demonstration von Fremdkörpern aus der Nase.

Der Pat. hatte, einige Wochen bevor ihn v. d. H. sah, einen Selbstmordversuch begangen, indem er sich einen Revolverschuss auf der linken Seite über der Nasenwurzel beigebracht hatte. Weder in der Wunde, noch in einem nach einigen Tagen auftretenden Abscess im linken inneren Augenwinkel wurde die Kugel gefunden. Nach einiger Zeit stellten sich Nasenverstopfung und leicht fötider Ausfluss aus der linken Nasenhälfte ein. Hier war die Schleimhaut stark geschwollen. Die Sonde stiess zwischen mittlerer Muschel und Scheidewand auf einen harten Gegenstand. Nachdem durch Cauterisation Raum geschaffen, wurde hoch in der Nase die Kugel, welche, wie Sie sehen, erhebliche Formveränderung erlitten hat, entdeckt und mit der Zange extrahirt. Nach einigen Tagen wurde von derselben Stelle ein Sequester entfernt.

Zum Schluss zeigt v. d. H. einen Myriapod. Derselbe wurde bei einem 8jährigen Knaben, dem vor einigen Tagen die Adenotomie gemacht worden war, bei der Nasendouche im Spülwasser gefunden, wo das Thier lebhafte Bewegungen machte. Sämmtliche Beschwerden des Pat.: Nausea, Kribbeln in der Nase, Gesichterschneiden, waren sofort verschwunden, nur der Kopfschmerz schwand erst mit der weiteren Behandlung des Nasenrachenraumes. Das Thier wurde als Arthronomalus similis determinirt (Dr. Hoek). Auch die beiden Myriapoden in dem Büchner'schen Falle gehören zu dem Geschlecht Arthronomalus. Herr Dr. le Roy berichtet, dass im Bommelerwaard (Holland) der Arthronomalus similis im Winter öfters in Bettdecken angetroffen wird. Was die Aetiologie in dem beschriebenen Falle betrifft, so ist das Thier wahrscheinlich beim Schlafen im Wald in die Nase des Pat. hineingekrochen.

Ueber einen zweiten Fall hat v. d. H. zu berichten. Ein Dienstmädchen kam zu ihm mit der Mittheilung, dass einige Tage vorher zwei Myriapoden beim Naseputzen herausbefördert seien. Dieselben sind als Geophilis hortensis determinirt worden.

Herr Huysman: Ich fasse Choanalpolypen gewöhnlich mit einer grossen Loewenberg'schen Zange unter Leitung des Spiegels, was gar nicht schwer ist.

Herr Zwaardemaker: In schwierigen Fällen ist mir die Abtragung gelungen, indem ich mit einer Bellocq'schen Sonde oder einem gewöhnlichen Ohrcatheter einen Seidenfaden ein Mal über, ein

Digitized by Google

Mal unter dem Tumor hindurchführte und mittelst desselben die galvanocaustische Schlinge herumführte. Von der Meyer-Hüni'schen Zange, welche beim Aufschieben der Schlinge den Tumor fixiren soll, habe ich keinen grossen Nutzen gehabt.

8) A. Sikkel (Haag): Demonstration von Gypsabgüssen des Oberkiefers bei adenoiden Vegetationen.

Diese Abgüsse zeigen die eigenthümlichen Formveränderungen, auf welche namentlich Koerner 1891 die Aufmerksamkeit gelenkt, und welche verschieden sind, wenn die Nasenverstopfung blos während der ersten oder auch noch nach der zweiten Dentition besteht.

Im ersteren Fall findet man Hochstand des harten Gaumens. Der ganze Oberkiefer ist in der Entwicklung zurückgeblieben, der Querdurchmesser verkürzt, der Längsdurchmesser verlängert. In der zweiten Phase der Entwicklungsstörung kommen folgende Abweichungen hinzu: Der harte Gaumen erreicht eine noch höhere Stellung, die Alveolarränder nähern sich noch mehr, der Kiefer scheint seitlich zusammengedrückt zu sein. Es entsteht ein Winkel in der Medianlinie; die beiden mittleren Schneidezähne wenden einander ihre lingualen Flächen zu. Der Querdurchschnitt des Kiefers zeigt die Spitzbogenform.

Bei den Nasenverstopfungen anderen Ursprunges sind die secundären Kieferveränderungen nicht die gleichen. Namentlich findet man den Winkel in der Medianlinie und die V-förmige Stellung der medianen Schneidezähne ausschliesslich bei adenoiden Vegetationen.

Waldow führt diese Abweichungen auf Knochenerweichung durch Circulationsstörungen in Folge der Vegetationen zurück.

Einige schreiben diese Abweichungen auf Rechnung von Rhachitis. Dafür giebt es aber zu viele Differenzen. Die rhachitischen Veränderungen manifestiren sich am deutlichsten in denjenigen Körpertheilen, welche sich in lebhafter Entwicklung befinden. Weil dies nun für den Schädel in den ersten Lebensjahren zutrifft, so würden wir diese Abweichungen namentlich in der frühesten Jugend erwarten müssen. Dass dieselben aber vorzugsweise später, nach der Zahnwechselung gefunden werden, plädirt gegen die rhachitische Genese. Ausserdem werden die rhachitischen Veränderungen am Unterkiefer, die Folgen der Nasenverstopfung und der Vegetationen aber am Oberkiefer gesehen.

Schliesslich zeigen diese Gypsabgüsse die von Rosenberg[1]) 1895 beschriebene Abweichung: das frequente Fehlen oder verkümmerte Vorhandensein der lateralen Incisiven, wovon S. in der vorigen Jahresversammlung bereits einen Abguss demonstrirt hat. Auch die Zahl der vorgelegten Abgüsse ist zu klein, um ein endgiltiges Urteil zu bilden; S. möchte nur die Aufmerksamkeit auf diese Abweichung hinlenken.

Es wäre wünschenswerth, dass die Zahnärzte mehr darauf achteten, dass viele Irregularitäten in der Stellung der Zähne in Formveränderung des Oberkiefers in Folge von Nasenverstopfuug ihren Grund haben.

Herr Reyntjes: Vor Kurzem hatte ich einen 10jährigen Knaben wegen bedeutend behinderter Nasenathmung in Behandlung. Pat. hatte ein characteristisches hohes Palatum, aber keine adenoide Vegetationen.

---

[1]) Ueber Umformungen an den Incisiven der zweiten Zahngeneration des Menschen.

Digitized by Google

Es gab Schwellung der Nasenschleimhaut, jedoch nicht in genügendem Maasse, um die Athemstörung zu erklären. Kann in solchen Fällen der Hochstand des Gaumens, in Verbindung mit secundären Schiefständen der Scheidewand die Ursache der Athemstörung sein? Die Zahnärzte warnen davor, vor dem 14. oder 15. Jahre Versuche zur Verbreiterung des Kiefers anzustellen. Hat diese Warnung eine rationelle Basis?

Herr Sikkel: Mehrere Zahnärzte haben gegen die frühere Application einer Prothese keine Bedenken. Der Hochstand des Gaumens ist nicht innere Folge von Vegetationen. Bloch hat auf das Verhältniss desselben zu gewissen Formabweichungen der Nebenhöhlen hingewiesen. Der typische Winkel in der Medianlinie des Oberkiefers kommt aber nur bei adenoiden Vegetationen vor.

9) A. Huysman: Die Therapie der acuten Mittelohrentzündung.

H. hat 1891 in der Ned. Tydschr. voor Geneesk. die trockene Behandlung der Mittelohrentzündung empfohlen. Während er sich damals nur auf seine günstigen practischen Erfolge stützen konnte, so kommen ihm jetzt die bacteriologischen Untersuchungen zu Hilfe. Es steht jetzt fest, dass acute Otitis durch pathogene Organismen verursacht wird. Weil die Ausrottung dieser Organismen eine Unmöglichkeit ist, so schliesst sich H. im Grossen und Ganzen Gradenigo an, welcher der Therapie diese Aufgaben stellt: 1) Beförderung des cyclischen Verlaufs der Krankheit; 2) Unterstützung der Widerstandsfähigkeit des Körpers; d. h. Sorge für freien Abfluss des Secretes, Vorbeugung von Secundär-Infectionen; und deshalb keine Luftdouche! keine Ausspritzungen! keine Einträufelungen! Die Paracentese ist (nach vorhergegangener Desinfection des Meatus) nach Gradenigo gestattet, wenn die Abortivbehandlung im Stich lässt. Es wird dann nach der Operation ein Trocken-Verband angelegt. Auf diese Weise hat H. seit 1891 seine Fälle behandelt. Indessen giebt es einen Punkt, auf welchen Gradenigo nicht hinweist, den H. aber als sehr wesentlich betrachtet, nämlich die örtliche Behandlung des Tubarmundes. In den meisten Fällen fand H. das Ostium pharyngeum tubae sehr geschwollen und applicirte daselbst Lapis-Lösungen, während er die Nase durchspülen liess. Auch versuchte er durch Gurgelungen das Freimachen des Ostium mechanisch zu fördern. Die in der letzten Zeit betonte bactericide Eigenschaft des Nasenschleims lässt ihm jetzt den Nutzen der Nasendurchspülungen zweifelhaft vorkommen. Mit Recht sagt Gradenigo, dass eine durchaus rationelle Therapie so lange noch aussteht, bis die verschiedenen Behandlungsweisen bacteriologisch controlirt sind. Jedenfalls zählt die Trockenbehandlung immer mehr Anhänger, namentlich in England und Amerika.

H. citirt die Meinungen von Burnett (Medical News, Aug. 1895), Uenler (Otol. Ges., Jena 1895), Stacke, Schwartze, Hartmann, Marchant (Société de Chirurgie), Jänicke, Brieger, Posthumus Meyjes (Med. Weekbl., Juni 1894), welche theils bei der Behandlung der acuten Entzündungen, theils bei der operativen Therapie der Ohreneiterungen die Trockenbehandlung empfehlen.

H. möchte die Meinung seiner Landsleute über diesen Punkt vernehmen.

Digitized by Google

Herr Moll: Bei acuten Fällen handle ich in derselben Weise, tamponire den Gehörgang und vermeide Luftdouchen. Dagegen bin ich der Ansicht, dass man die Nasenrachenhöhle möglichst in Ruhe lassen soll, damit man nicht pyogene Sachen in die Paukenhöhle hineinbringe. Bei chronischen Fällen kommt man mit der conservativen Trockenbehandlung nicht immer aus, und ist nicht selten grösseres oder kleineres operatives Eingreifen geboten.

Herr van der Heide: Vermeidet Herr H. die Luftdouchen bis zum Ende der Behandlung?

Herr Huysmann: Dieselben können nach Ablauf des acuten Stadiums, nach dem Verschluss des Trommelfelles gestattet sein. Ihr Zweck sei aber nie die mechanische Entfernung der Secrete.

Herr van der Heide: In der Klinik ist die Trockenbehandlung sicherlich angezeigt. Im Ambulatorium aber, und immer da, wo man die Kranken nicht regelmässig persönlich behandeln kann, können wir meiner Ansicht nach die Ausspülungen nicht entbehren.

Herr Pel: Der gleichen Frage, feuchte oder trockene Behandlung, begegnen wir beim Thorax-Empyem. Früher wurde regelmässig der Thoraxraum ausgespült. Man hat aber erfahren, dass Fieber und Complicationen die Folgen waren. Die Erfolge der Trockenbehandlung sind viel besser. Diese Analogie plädirt auch für die Trockenbehandlung der Otitis.

Herr Zwaardemaker: Mit Freude habe ich gehört, dass Herr H. seine früher empfohlene Behandlung insofern modificirt hat, dass er das sorgfältige Austupfen des Gehörganges nicht mehr erwähnt und jetzt die Gradenigo'sche Methode voll acceptirt, eine Methode, die wir Alle wohl anwenden, wo das möglich ist. Unter gewissen Umständen kann man indessen die Ausspülungen nicht entbehren, nämlich bei der Abnahme der Secretion, wenn die Perforation durch trockenes Secret verschlossen sein kann. Dann sind aseptische Ausspülungen am Platze. Der Vergleich des Herrn Vorredners mit dem Thorax-Empyem trifft nicht vollkommen zu, da wir nicht die entzündete Paukenhöhle, sondern den Meatus ausspülen, was eigentlich nichts Anderes als das Reinigen der Umgebung der Wunde ist.

Herr Sikkel: Auch ich kann die Spritze nicht entbehren. Bei der strenge durchgeführten Trockenbehandlung lässt man zweifelsohne oft Eitermassen im Gehörgange zurück.

Herr Burger: Nicht nur bei geringer, auch bei sehr reichlicher Secretion muss man nach der Spritze greifen. Es giebt Fälle, z. B. bei Scharlach-Otitis, wo die Eiterung so reichlich ist, dass man sechs und mehr Male pro Tag nach dem Spritzen den eingeführten Wattetampon voll mit Secret findet. Will der trockene Tampon seine Aufgabe erfüllen, so muss er erneuert werden, bevor er gänzlich durchtränkt ist. Ich möchte nun wissen, ob Herr H. in Fällen, wie ich nannte, persönlich sechs Mal das Ohr austrocknet und tamponirt.

Herr Guye: Ich betrachte noch immer die Spritze als ein unentbehrliches Hilfsmittel, um bei Otorrhoe das Ohr zu reinigen. Wie könnte man bei fötider Otorrhoe auf trockenem Wege das Ohr reinigen? Mit der Trockenbehandlung lässt man absichtlich Eiter in der Tiefe zurück.

Digitized by Google

Herr Huysmann: In Fällen, wie Herr Burger nannte, kann die Uebermässigkeit der Secretion die Folge der Ausspritzungen sein. In Fällen, wo wiederholte Tamponwechslung nothwendig ist, überlasse ich dieselbe den Patienten und ihren Angehörigen, und zwar mit der gleichen Beruhigung, womit Herr Burger ihnen die Ausspritzungen überlässt.

Herr Sikkel: Hat Herr H. die Sicherheit erhalten, dass die Secretion bei der Trockenbehandlung geringer ist, als beim Ausspritzen?

Herr Huysman: Ganz entschieden.

10) H. Burger (Amsterdam): Demonstration eines Falles von Radical-Operation mit persistenter Oeffnung wegen Schläfebeincholesteatoms.

Pat., Anstreicher von 23 Jahren, kam im September 1892 in B.'s Behandlung wegen rechtsseitiger Otorrhoe, Schwindel und Kopfschmerz. Die Otorrhoe datirt von seinem 13. Jahre und war immer fötide. Damals sind auch Granulationen extrahirt worden. Die Otorrhoe trat mit Intermissionen von wechselnder Grösse auf; auch kamen weisse harte Felle heraus. Oft Ohrenschmerzen und Schwindel, Doppeltsehen und Nausea. Zwei Male war er beim Anstreichen von der Leiter gefallen. B. fand damals das Ohr mit stinkenden Cholesteatommassen gefüllt und eine grosse Lücke in der oberen und hinteren Gehörgangswand, durch welche der Gehörgang mit dem, mit Cholesteatom gefüllten Mastoidraum in Verbindung stand.

Nach gründlicher Reinigung dieser Hohlräume war Pat. alle Beschwerden los, glaubte sich geheilt und zeigte sich nicht wieder.

Nach drei Jahren, December 1895, sah ihn B. wieder. Er hatte nur geringe Otorrhoe gehabt und sich ungestörter Euphorie erfreut. Erst seit einem halben Jahre Kopfschmerz und schlimmere Otorrhoe. An einem Tage, December 1895, als er am Tisch sass, sah er plötzlich Alles doppelt. Es folgten Bewusstlosigkeit und clonische Krämpfe. Der Insult dauerte zwei Tage, und Pat. wurde dann nach B. verwiesen und in die Rotgans'sche Klinik aufgenommen. Status quo ante. Der Gehörgangsdefect hatte zugenommen. In der Paukenhöhle Granulationen.

Pat. wurde 24. December von B. operirt. Die Corticalis des Warzenfortsatzes war dünn und hart, der Fortsatz in eine grosse Cholesteatomhöhle verwandelt. Die ganze äussere Fläche des Fortsatzes wurde abgetragen, ebenso der restirende Theil der hinteren Gehörgangswand. Von Trommelfell und Gehörknöchelchen keine Spur mehr vorhanden. B. machte eine Plastik nach Stacke-Jansen, wobei die Haut der hinteren Gehörgangswand auf dem Boden der Mastoidhöhle durch Naht befestigt wird. Auf diese Weise hat B. 1) in Anbetracht der bösartigen Natur des Leidens: Cholesteatom mit sehr destructivem Character, 2) weil Pat. früher bereits einmal aus der Behandlung fortgeblieben ist, 3) um seinem Hausarzt die Nachbehandlung und Controle möglich zu machen, eine persistente Oeffnung angelegt.

Pat. ist 24. December operirt und mit Jodoformgaze trocken nachbehandelt, ist 3. Februar entlassen und in Kampen von Dr. Mestingh nachbehandelt worden. Als B. ihn 5. März, also kaum 2½ Monat p. o., wiedersah, war die Wunde vollständig epidermisirt und geheilt. Pat. erfreut sich jetzt eines ungestörten Wohlbefindens, sein Gedächtniss

Digitized by Google

wie auch das Gehör sind bedeutend gebessert. Flüstersprache a. O. 50 cm, 7. Mai 2,5 m.

Herr Reinhard: Auffallend ist der Verschluss der Tube. Wie Herr B. mir mittheilt, ist derselbe nicht absichtlich dargestellt worden. Ich habe bei der Operation öfters versucht, die Tube zum Verschluss zu bringen, es ist mir aber nie gelungen. Ich betrachte den Verschluss als einen günstigen Umstand.

Herr Guye: Es kommt mir für die normale Ventilation der Paukenhöhle besser vor, dass die Tube wegsam bleibt.

Herr Burger: Ich betrachte mit Herrn Reinhard den Verschluss als einen Vortheil, besonders beim Cholesteatom, wo Recidive so oft durch Entzündungsreize von der Tube aus entstehen. Die ventilatorische Function der Tube kommt nach der Radicaloperation, wo Trommelfell und hintere Gehörgangswand fehlen, nicht mehr in Betracht.

11) E. G. A. ten Siethoff (Deventer).

Dank der Freundlichkeit des Herrn Reinhard war ich gerade in der Lage, Eiter von seinem demonstrirten Pat. (cf. No. 6) microscopisch zu untersuchen. In Folge der Jodoformgaze-Tamponade konnten wir in der Wunde selbst keinen Eiter finden. Allein in einer Falte an der Stelle einer alten Narbe, unmittelbar unter dem Warzenfortsatz, fanden wir eine geringe Menge Eiter, und es ist mir gelungen, in demselben typische Actinomyceskolben mit Myceliumdrähten nachzuweisen, wovon man sich an diesem Präparate überzeugen kann. Ich möchte nun Herrn Reinhard vorschlagen, an diesem Pat. vorläufig nicht zu operiren und ihm Jodatum kalicum zu verschreiben.

Herr Reinhard: Ich bin sehr dankbar für die interessante und anregende Mittheilung des Herrn t. S., und die Diagnose Actinomycose ist in der That wahrscheinlich. Er wird es mir indessen nicht verübeln, dass ich durch dieses Präparat noch nicht vollkommen überzeugt bin und mir weitere microscopische Untersuchung vorbehalte.

Herr Zwaardemaker: An der Richtigkeit der Diagnose Actinomycose kann meiner Ansicht nach gar nicht mehr gezweifelt werden. Man sieht hier völlig typische Zellen mit doppelter Contour, wie sie sonst im menschlichen Organismus nicht vorkommen.

Herr Pel: Ich habe mich von der Anwesenheit von Actinomyces-Kolben und sternförmigen Körperchen mit Sicherheit überzeugen können, so dass für mich die Diagnose Actinomycose gar keinem Zweifel mehr unterliegt.

12) H. van Anrooy (Rotterdam): A. Papilloma laryngis.

Pat., ein dreijähriges Mädchen, hatte November 1895 Masern und Keuchhusten gehabt. Es litt seitdem an progressiver Heiserkeit und seit vier Wochen an bedeutender Athemnoth. Dieselbe wurde durch multiple Papillome, die besonders am rechten Stimmband in der Nähe der vorderen Commissur ihren Sitz hatten, verursacht.

Dass v. A. den Fall erwähnt, geschieht deshalb, weil das Kirsteinsche Autoscop zu der Diagnose geführt hat. Die Spiegeluntersuchung gelang bei dem ängstlichen Kinde nicht, und so versuchte v. A., gestützt auf die günstigen Berichte von von Bruns (Berliner klin. Wochenschr.), in der Narcose die Autoscopie, und zwar mit ausgezeichnetem Resultat. Die Operation durch das Autoscop habe v. A., in

Digitized by Google

Anbetracht der Dyspnoe und seiner eigenen Ungeübtheit, nicht versucht. Die Papillome sind mittelst Laryngofissur operirt worden.

B. Ein Fremdkörper im Kehlkopf.

v. A. demonstrirt einen harten, runden Holzsplitter, 2 cm lang, den er aus einem Kehlkopf, wo der Fremdkörper unter dem linken Stimmband zwischen der hinteren und der lateralen Kehlkopfwand eingekeilt war, mit der Mackenzie'schen Zange entfernte. In Folge des Zuges mit der Zange zerbrach der Splitter, erhielt die V-Form und wurde leicht extrahirt.

Herr van der Heide: Bei einem 10jährigen Knaben, dessen Kehlkopf mit Papillom-Masse gefüllt war, ist es mir gelungen, in mehreren Sitzungen mit der Schroetter'schen Pincette und der Fauvel'schen Zange die hauptsächlich vom linken Stimmband ausgehenden Massen vollständig zu entfernen. Pat. ist bis jetzt, ein Jahr p. o., ohne Recidive.

13) H. Zwaardemaker (Utrecht): Paracusis Willisii und verwandte Zustände.

Z. erwähnt die verschiedenen Hypothesen, die das merkwürdige Phänomen: besser Hören im Lärm, zu erklären versuchen. Keine von allen ist aber haltbar.

Bei der Analyse des Symptoms soll man sich an erster Stelle die Frage vorlegen: Wodurch unterscheidet der Lärm sich von der Stille? Und dann zeigt sich, dass für das Ohr die Stille nie eine absolute ist, wie es für das Auge, sobald es geschlossen ist, der Fall ist. Sogar Antiphone und Umwicklung des Kopfes mit Watten genügen nicht, um durch Kopfleitung zugeführte Laute zurückzuhalten. Auch giebt es vielleicht, wie die Netzhaut ein eigenes Licht hat, für das Ohr ein eigenes Gefässgeräusch, dass bei grösster Stille wahrgenommen wird. Preyer nimmt überdies eine von dem Labyrinthdruck und von der Blutwärme abhängige permanente Labyrinthreizung an.

Der Lärm unterscheidet sich nun von der Stille durch das Hinzutreten unzählbarer, immerfort abwechselnder, unregelmässiger, unter sich nicht harmonischer Töne von sehr verschiedener Höhe. Z. erinnert dabei an die Helmholtz'sche Beschreibung des Getöses in einem Ballsaal.

Muss man in solch' einem complicirten Lärm Sprachlaute unterscheiden, so hat man zwischen den regelmässig oscillirenden Eigentönen der Vocale uud characteristischen Geräuschen der Consonanten und den gleichen Tönen und Consonanten, welche gleichsam den Hintergrund, wo die Sprachlaute hiuzukommen, bilden, fortwährend Vergleiche zu machen. Man hat trotz einer Fortobegleitung eine Melodie festzuhalten. Dieses Differenzirungsvermögen ist mit gutem Rechte als ein Untertheil der sogen. Unterschiedsempfindlichkeit aufzufassen.

Auf einfache Weise die Unterschiedsempfindlichkeit bei unserm Patienten zu messen, ist nicht leicht. Es gelingt aber, wie Simpeler gezeigt hat, mit Hilfe einer Urbantschitsch'schen Harmonika mit losen Zungen, von denen man zwei combiniren kann und welche mit einem Manometer, der den Druck, welchen die Zungen brauchen, angiebt, versehen werden kann. Hiermit kann man einem einfachen Ton

Digitized by Google

Schwebungen hinzufügen, welche in dem manometrischen Druck ein Maass für die Unterschiedsempfindlichkeit abgeben. Nun zeigt sich, dass die auf diese Weise bestimmte Unterschiedsempfindlichkeit bei Patienten mit Paracusis Willisii entschieden erhöht ist. Sie spüren die Schwebungen früher, als ein normales Ohr, während dagegen die einfache Reizempfindlichkeit bedeutend abgenommen hat. Oefters gilt dies nicht für die ganze Tonleiter. Oft ist ein gewisser Theil in dieser Hinsicht ganz besonders getroffen, und wenn derselbe mit dem Tone der Vocale und der Tonhöhe der Sprachgeräusche übereinstimmt, so ist die Paracusis am leichtesten wahrzunehmen.

Zum Schluss erinnert Z. an die in der vorjährigen Versammlung betonte Analogie zwischen Paracusis und Hemeralopie. Auch bei letzterer ist nach Bjerrum und nach Uhthoff die Unterschiedsempfindlichkeit schärfer, als die Reizempfindlichkeit. Auch dort ist das Gesichtsfeld eingeengt, sowie hier die Hörlinie. Auch hat man dort eine Störung der Adaptation, wie man hier oft eine schnelle Ermüdung des Organes beobachtet.

Auch der Tastsinn zeigt mitunter eine analoge Abweichung. Zufälliger Weise hat Z. das bei einem Leprakranken bestätigen können. Es lag ja auf der Hand, unsere Aufmerksamkeit besonders auf das erste, das am meisten peripherische Neuron zu lenken. Da sind wir auf Processe wie peripherische Neuritis und Lepra angewiesen. So werden wir uns vielleicht eine Vorstellung von dem Wesen des Phänomens bilden können. Im Anschluss entweder an die Hypothesen von Rabl-Rückhardt, Duval und Lépine über die Beweglichkeit der Neurone, dort, wo sie Contact machen, oder an diejenige von Ramon y Cajal über die Rolle, welche dabei den Neurogliazellen zukommt, in beiden Fällen kann man sich denken, dass ein für die Fortleitung genügender Contact schwierig zu Stande kommt und dass eine bedeutende Reizintensität dafür Erforderniss ist, dass aber der Contact, wenn es einmal da ist, die Fortleitung des Reizes mit allen Schattirungen der Intensität sofort gestattet.

Herr Guye: Seit Jahren bin ich der Meinung, dass die Paracusis nervösen Ursprungs und die Politzer'sche Erklärung durch verbesserte Fortleitung in der Paukenhöhle nicht haltbar ist.

14) M. Bolt: Die Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen mit hochliegender Perforation mit Styron.

Durch eine Mittheilung von Spalden in der Zeitschr. für Ohrenheilk. ist die Aufmerksamkeit B.'s auf das Styron (Styrax und Perubalsam ää) gelenkt worden. Dieses Gemisch, in Alcohol gelöst (℞ Styron 0,50, Aq. dest., Spirit. rectificatissimi ää 10,—), hat B. seitdem bei chronischen Eiterungen mit hochliegender Perforation angewendet, und die hiermit erhaltenen Resultate unterscheiden sich sehr günstig von denjenigen der früheren Behandlung. In den letzten zwei Jahren hat B. auf diese Weise in 12 Fällen eine vollständige Heilung erreicht.

15) P. G. Brondgeest (Utrecht): Die chirurgische Behandlung von Lupus und Tuberculosis laryngis.

Im Anschluss an seine Mittheilung in der vorjährigen Versammlung beschreibt B. noch zwei Fälle von vorgeschrittenem secundären Lupus laryngis, wo die chirurgische Behandlung (Laryngotomie, Exstirpation

Digitized by Google

der Epiglottis nach Pharyngotomia subhyoidea) stattgefunden hat. Einer dieser Fälle heilte, bei dem andern genas der Larynx-Lupus, allein nach einer zweiten, 14 Tage später unternommenen Operation, wobei der Lupus pharyngis, uvulae et gingivae curettirt und cauterisirt worden, starb der Pat. Von drei Fällen von Lupus (1 prim., 2 secund. Lupus) sind also zwei geheilt. H. Burger.

II. Referate.

a) Otologische:

La condizione del sordomoto innanzi alla biologia ad alla legge. (Das Verhältniss des Taubstummen zur Biologie und zum Gesetze.) Von Prof. S. Ottolenghi. (Archivio italiano di otologia etc. 1896, No. 1.)

In Anbetracht des Umstandes, dass die Taubstummen in Italien vom Gesetze sehr stiefmütterlich behandelt und als minderwerthige, geistig inferiore Menschen betrachtet werden, hat es der berühmte Verfasser unternommen, durch Prüfungen und Untersuchungen einen Beitrag zu liefern zur Erkenntniss der Taubstummen vom biologischen Standpunkte. Das Endresultat dieser schönen, ebenso wissenschaftlichen als gründlichen Arbeit ist, was wohl selbstverständlich, ein energischer und humaner Protest gegen die italienischen Gesetze, welche den taubstummen Individuen nicht jene Bürgerrechte verleihen, welche in anderen Staaten schon mehr oder weniger zur Geltung kommen. Die schlechte Behandlung der Taubstummen ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft über die geistigen Fähigkeiten derselben nicht gerechtfertigt, und wenn es unter ihnen auch thatsächlich Psychopathische giebt, so sind doch die meisten nichts weniger als degenerirt.

Um sich nun ein Criterium über den Grad der Entartung der idiopathischen Taubstummen (als Gegensatz zu den idiotischen) zu bilden, hat der Verf. mit seinem Assistenten Dr. Rossi 44 Taubstumme der Anstalt Pendola di Siena (eine der besten Italiens) und 48 Waisen derselben Stadt, beide im Alter von 13 bis 17 Jahren, untersucht und die erhaltenen Resultate einander gegenübergestellt.

Waisenkinder und Taubstumme wurden vom anthropologischen, functionalen, sensorischen, motorischen und psychischen Standpunkte geprüft; ferner festgestellt die Häufigkeit der Heredität und alle anderen ätiologischen Momente, welche irgendwie herangezogen werden können. Nebstbei stellt Verf. eine ausführliche Monographie in baldige Aussicht. Es würde den Rahmen eines Referates viel zu weit übersteigen, wenn ich alle Resultate, welche nach oben angeführter Richtung gewonnen wurden, detailliren wollte, ich registrire nur, dass, wenn auch das Urtheil der Taubstummenlehre, der Biologen, der Ohrenärzte, der Neurologen und Gerichtsärzte über Intelligenz der Taubstummen einander häufig sehr controvers ist, Verf. das seinige im Allgemeinen dahin resumirt, dass dieselben intellectuell gut entwickelt sind und er

Digitized by Google

sich vollkommen dem Motto Marc Ideler's anschliesst: „Blödsinnigkeit, das ist der Tod, Taubstummheit ist der Schlaf des Geistes".

Man muss sich daher nicht wundern, wenn namentlich italienische Gesetzgeber auch im neuen Codice italiano den Taubstummen als ewiges Kind betrachten und ihm vor dem Gesetze nicht jene Rechte einräumen, die einem jeden Bürger gebühren, der im Besitze seiner geistigen Fähigkeiten ist. Die Ursache einer ganz ungerechtfertigten Bevormundung ist in der Unkenntniss zu suchen, die über das fragliche Individuum herrscht, eine Unorientirtheit, die mit den Ergebnissen der Erziehungsfähigkeit der Taubstummen nicht harmonirt. Der Taubstumme ist im Lande des Verfassers im Codice civile und penale ein unvollkommenes Individuum, ungeeignet, Recht zu geniessen, mit dem Idioten gleichgestellt; seine Verantwortlichkeit ist gleich Null, und mag er welch' hohe Intelligenz immer besitzen und einen noch so seltenen Wissensdurst, er bleibt stets das Opfer eines alten barbarischen Vorurtheils, ein Echo jener julianischen Gesetze, welche diese Unglücklichen als vernunftlose Thiere betrachten, und mit dem Vorwande, sie zu beschützen, sie nur herabwürdigen und verdammen.

Der Schluss der beachtenswerthen Arbeit klingt in einen Appell an die Gesellschaft aus, und will die moderne Gesetzgebung, die sich mit Vorliebe die philantropische nennt, gerecht sein, dann müssen die italienischen Paragraphen radical modificirt, die allgemeinen Dispositionen eliminirt und ein jeder Fall als selbstständiger angesehen werden. Dadurch wird die Gesellschaft am besten geschützt und die Rechte der Taubstummen am sichersten gewahrt sein. Lichtenberg.

---

b) Rhinologische:

Aqua oxygenata in der Oto-Rhinologie, ihre hämostatische und antiseptische Bedeutung. (L'eau oxygénée en Oto-Rhinologie, son rôle hémostatique et antiseptique.) Von Dr. G. Gellé. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. IX, Heft 5, Septbr./Octbr. 1896.)

G. empfiehlt die Aqua oxygenata als ausgezeichnetes Hämostaticum und Antisepticum, das bei absoluter Unschädlichkeit, genügender Beständigkeit, Billigkeit und Handlichkeit nicht blos in der Rhinologie, sondern auch in der allgemeinen Medicin eingeführt zu werden verdient.
Beschorner.

Klinisch-anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca anterior. Von Dr. U. Ribary in Villmergen (Schweiz). (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, pag. 301, 1896.)

Unter Rhinit. sicca ant. versteht R. eine, in ihrem Endstadium zu Epithelmetaplasie führende Affection der Schleimhaut nur des knorpeligen Septums (bei übrigens normaler Nasenschleimhaut), welche unter dem Bilde eines trockenen Catarrhs verläuft. Den Untersuchungen hierüber legt R. das Material der ohrenärztlichen und rhino-laryngologischen Universitäts-Klinik in Basel während der Jahre 1891—1894 zu Grunde, welches sich auf 621 Fälle von Erkrankung der Nase er-

Digitized by Google

streckt, davon 63, also etwa 10 pCt., auf Rhinit. sicca ant. entfallen. Die Affection wurde vornehmlich bei jungen Leuten beobachtet. 45 waren weiblichen Geschlechts. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Untersuchungen lassen sich folgendermassen zusammenfassen: Die Rhinit. sicca ant., eine auf das knorpelige Septum beschränkte Rhinitis sicca (atrophica) ist das wichtigste ätiologische Moment für habituelle Epistaxis und Ulcus perforans, sehr wahrscheinlich auch für den blutenden Septumpolyp, und muss als ein wichtiges prädisponirendes Moment für Infection der Nase mit Tuberculose, Syphilis, Erysipel und für Entstehung der abscedirenden Perichondritis des Septums angesehen werden. Beziehentlich der Histologie ist hervorzuheben, dass sich in der Schleimhaut zahlreiche, in hyaliner Degeneration begriffene Zellen und Mastzellen, sowie spärliche eosinophile Zellen, auch sehr viel hämatogenes Pigment, in der Schleimhaut vertheilt, theils in, theils ausserhalb der Zellen gelegen, vorfindet. Im Schleim der metaplasirten Mucosa erkennt man eine oder mehrere Lagen einer eigenthümlichen Substanz, welche der oberflächlichen Zellschichte ein- und aufgelagert ist. Diese zeigt in ihrem tinctoriellen Verhalten die grösste Aehnlichkeit mit Kerato-Hyalin und höchst wahrscheinlich verbreiten ihre Fäulnissproducte den characteristischen Geruch der atrophischen Nasenschleimhaut; sie ist jedenfalls auch die Ursache der firnissartigen Beschaffenheit des Secrets der an trockenem Catarrh erkrankten Schleimhäute. Dadurch, dass sie in die Substanz der obersten Zellschicht des Epithels sich hineinerstreckt und dieselbe fest mit daraufliegender Borke verbindet, bedingt sie die bekannte grosse Vulnerabilität der Schleimhaut. Die macroscopisch sichtbaren Gruben der afficirten Schleimhaut entsprechen nur ausnahmsweise erweiterten Ausführungsgängen von Schleimdrüsen; sie sind vielmehr in der Regel durch eigentliche Faltenbildung der Epitheldecke entstanden. Das normale Septum zeigt nur eine ganz schmale Zone von Plattenepithel, und zwar nur an der Stelle, wo die Schleimhaut in die Epidermis des häutigen Septums übergeht. Im Uebrigen trägt die Schleimhaut des knorpeligen Septums überall bewimpertes, geschichtetes Cylinderepithel. Beschorner.

Zusammenhang gewisser Affectionen der Nasenhöhlen mit Dermatosen des Gesichtes. (Dermatoses de la face et lesions des fosses nasales.) Von Dr. P. Lacroix in Paris. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. IX, Heft 5, Septbr./Octbr. 1896.)

Wenn auch behinderte Nasenathmung allein nicht im Stande ist, Dermatosen des Gesichtes (Eczem, Acne etc.) zu erzeugen, sondern die Ursachen zu diesen entfernter gesucht werden müssen, so werden sie doch in gewissen Fällen durch Affectionen des Naseninnern, welche geeignet sind die Nasenathmung zu beschränken, gefördert und durch Beseitigung jener gebessert. L. beweist diese Annahme an drei Fällen, in denen durch Operation von Polypen, Exostosen, Hypertrophien, adenoiden Vegetationen Gesichtshaut-Affectionen wesentlich gebessert bezw. geheilt wurden. Beschorner.

Digitized by Google

Die Asymmetrien der knöchernen Choanen. Von Dr. H. Bergeat in München (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, pag. 409, 1896.)

B. studirte an etwa 1200 macerirten Schädeln von Menschen, von ein paar Dutzend verschiedenen Affen und etwa 100 sonstigen Säugethieren, meist Carnivoren, darunter 68 Hundeschädel (die Befunde an Thierschädeln brachten wichtige Aufklärungen über verschiedene Befunde am Menschenschädel), die Asymmetrien der knöchernen Choanen, und unterscheidet er die ätiologischen Factoren folgendermassen: 1) Ungleichmässige Einwirkung mechanischer und statischer Momente bei nicht genügend consolidirtem Schädel und Knochenbau; 2) primäre Unregelmässigkeiten am Choanenrahmen; 3) secundäre Verschiebungen am Keilbein und Vomer, in Folge asymmetrischen Wachsthums des übrigen Schädels; 4) dem Anscheine nach anthropologische Momente. Die practischen Gesichtspunkte im Zusammenhange mit der Choanenasymmetrie sind: Ihr Verhältniss zu Asymmetrien des gesammten Schädels, so dass sich in ihm dieselben graduell zum Ausdruck bringen können, und ihre mögliche Deutung als Zeichen einer Entartung, als welches sie sich wegen der hervorragenden Befunde bei Verbrechern und bei grossen Thierarten ansehen lässt. Sonst noch kommt die Choanalasymmetrie in Betracht bei Erklärung der Ungleichheit der Tubenwülste, der Rosenmüller'schen Gruben, der Asymmetrie im Nasenrachenraume, am harten und weichen Gaumen, sowie am Oberkiefergebiss, besonders in dessen hinterem Theile, endlich betreffs der ungleichen Weite der Nase und der Deformationen des Septums.

Beschorner.

Ueber die pathologischen Veränderungen der Siebbeinknochen im Gefolge der entzündlichen Schleimhauthypertrophie und der Nasenpolypen. Von Dr. M. Hajek in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, pag. 277, 1896.)

Zu seinen Untersuchungen verwendete H. nur Material, das vom Lebenden gewonnen war, und bildeten den grössten Theil chronisch entzündete, hypertrophische vordere Enden der mittleren Muschel. Diese Untersuchungen erstrecken sich auf die normale Anatomie der Siebbeinknochen und die durch chronische Entzündung veränderte mittlere Muschel, sowie anderer Theile des Siebbeines (oberflächliche und tiefe Entzündung der mittleren Muschel, Entzündung der Muskelsubstanz), ferner auf die Betheiligung der knöchernen Partien des Siebbeinlabyrinths. Was die Untersuchung der Polypen und ihrer Knochenansätze anlangt (12 Fälle), so resumirt H., dass weder die rareficirende Ostitis, noch die hyperplastische Knochenveränderung zum Wesen der Polypen gehören, vielmehr nur accessorische, secundäre Veränderungen darstellen. Der Polyp ist eine ödematöse Schleimhauthypertrophie, bei welcher ganz so wie bei den festen Hypertrophien der Process entweder blos auf die oberflächlichen Schichten beschränkt bleiben oder auch mehr in die Tiefe greifen kann, und ist es in Bezug auf die anatomische Würdigung ganz nebensächlich, ob diese Entzündung durch eine diffuse catarrhalische Erkrankung der ganzen Nasenschleimhaut, oder nur eines Theiles derselben, oder durch ein Empyem, also mehr aus localer Ursache hervorgerufen wird.

Beschorner.

Digitized by Google

Bemerkungen zur Probepunction der Kieferhöhle und zu deren „seröser Erkrankung“. Von Dr. G. Krebs in Hildesheim. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. IV, pag. 224, 1896.)

K. punctirt vom mittleren Nasengange aus. Der Eingriff verlaufe schmerzloser als vom unteren Nasengange aus und sei man an keinem Orte sicherer, in die Höhle, selbst bei ihrer rudimentären Entwicklung zu gelangen, als hier, in der Nähe ihres natürlichen Ausführungsganges. Die seröse Erkrankung der Kieferhöhle hält er nicht für eine Krankheit, welche operative Behandlung rechtfertige. Was die Kieferhöhlenempyeme anlange, so meint K., sei bei diesen stets Eiter in der Höhle vorhanden, und der negative Ausfall einer Punction gebe einen vollgiltigen Beweis für die Intactheit des Antrums.

Beschorner.

Ueber Zufälle nach Nasenoperationen. Von Dr. L. Réthi in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, pag. 403, 1896.)

Als dergleichen häufiger vorkommende Zufälle nennt R.: Ohnmachten, Kopfschmerz, epileptiforme Anfälle, Erbrechen, Fieber, Angina lacunaris, vorübergehende Amaurose, Delirien, Steigerung von vorhandenen Reflexneurosen etc.; es können auch bisher nicht vorhanden gewesene Reflexerscheinungen, Nieskrampf, Glottiskrampf, Schwindelanfälle, Neuralgien, einseitige Basedow'sche Krankheit etc. erzeugt werden, und schliesslich kann es, wenn auch äusserst selten, zu ernsten Zufällen kommen, zu Infection der Nasenwunde von aussen oder zu Infection vom Naseninnern selbst, zu Erysipel, Pflegmone und Diphtherie, zu Pyämie und Septicämie, oder durch Fortleitung der Entzündung nach oben zu Meningitis mit tödtlichem Ausgang. — Ueber einen Fall der letzteren Categorie, einen 62 Jahre alten Herrn, welchem Nasenpolypen entfernt worden waren, betreffend, berichtet R. ausführlich. Er warnt vor unvorsichtiger, insbesondere länger dauernder Tamponade nach Operation, da leicht Secretretention mit allen Folgeerscheinungen, ja selbst tödtlichem Ausgange eintreten kann.

Beschorner.

Tamponträger für den Nasenrachen. Von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, pag. 426, 1896.)

Aehnlich dem B. Baginsky'schen Tamponträger, jedoch mit Krümmung, wie sie der Form des Cavum pharyngo-nasal. entspricht, gewährt, neben den Vorzügen, welche ein von einem metallenen Instrument getragener Wattebausch bietet, den Vortheil leicht möglichen Einführens in den Nasenrachenraum und Reinigens nach dem Gebrauche, ohne dass hierbei die Finger verunreinigt werden.

Beschorner.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Ein ungewöhnlicher Fall von Soor der Mundhöhle, des Nasenrachenraumes und des Larynx. Von Dr. J. Sendziak in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, pag. 421, 1896.)

Der Fall, eine 15jährige Beamtentochter betreffend, war dadurch merkwürdig, dass hier Soor 1) bei einer erwachsenen Patientin, 2) in Folge einer acuten Krankheit (Diphtherie des Pharynx) auftrat und 3) fast den ganzen oberen Theil der Athmungswege befiel, während die Affection in der Regel ausschliesslich nur die Stellen der Schleimhaut ergreift, welche mit Plattenepithel bedeckt sind.

Beschorner.

Im Gewebe der Schilddrüse sich entwickelnder und den Erstickungstod durch Compression bewirkender Epithelialtumor. (Cas de tumeur épithéliale développée aux depens de la glande thyroide et ayant déterminé la mort par asphyxie.) Von Dr. Branca u. Dr. Menier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Der Titel sagt Alles. Dr. P. K.

Ueber primäre latente Tuberculose der Rachenmandelhyperplasie. Von Dr. F. Pluder in Hamburg und Dr. W. Fischer in Altona. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, pag. 372, 1896.)

P. und F. fanden in 32 nicht ausgesuchten Fällen von Rachenmandelhyperplasie, welche alle Altersstufen betrafen, in denen gewöhnlich die Vergrösserung des adenoiden Gewebes am Rachendache zu Gesichte kommt, 5 Mal ausgeprägte Tuberculose (i. e. 16 pCt.), und da auch Lermoyez unter 32 Fällen 2 Mal, Gottstein unter 33 4 Mal, Brindel unter 64 8 Mal Tuberculose constatirten, so kann die hier in Frage kommende Form der Tuberculose der Rachenmandelhyperplasie als etwas Seltenes nicht mehr aufgefasst werden. Die Autoren gehen nun zunächst auf die Diagnose, die in der Literatur klinisch näher beschriebenen Fälle primärer latenter Rachenmandeltuberculose, deren es im Ganzen 12, mit den ihrigen 17 sind, ein, berühren die Frage des Infectionsmodus, der Bedeutung, welche der Affection zukommt, erwägen ferner, ob die Ansiedelung des tuberculösen Virus in der Rachenmandelhyperplasie deren physiologische Involution hinauszuschieben und zu hindern im Stande ist, und erörtern was schliesslich aus der Localtuberculose wird, wenn sie sich selbst überlassen bleibt, betrachten die Affection in ihrer Beziehung zum Gesammtorganismus und erwägen die Gefahren, welche die tuberculöse Herderkrankung für den betreffenden Organismus bietet. Nach alledem kommen sie zu dem Schlusse, dass, wenn auch die Prognose genannter Krankheit auf den ersten Blick günstig zu sein scheint, diese dennoch nicht als unbedenklich gelten kann. Zunächst muss es als wünschenswerth bezeichnet werden, die histologische Untersuchung an möglichst vielen Orten auszuführen, damit es sich herausstellt, ob bestimmte Ortsverhältnisse bezüglich der Häufigkeit der latenten Tuberculose eine Rolle spielen. In therapeutischer Beziehung aber fordert die Sachlage die radicale Operation, ohne Rücklassung von kleinen Resten adenoiden Gewebes, da diese für den

Digitized by Google

Kranken verhängnissvoll werden können. In der Indicationsstellung zur Operation ist der Umstand, dass auch geringere, die Nasenathmung nicht schädigende Hyperplasien latente Tuberculose beherbergen können, zu berücksichtigen. Beschorner.

Falscher Keuchhusten, durch Vorhandensein eines Fremdkörpers im Larynx eines fünfjährigen Kindes hervorgebracht. Auswerfen des Fremdkörpers. (Pseudocoqueluche produite par un corps étranger du larynx chez une enfant de cinq ans. Expulsion du corps étranger. Guérison.) Von Dr. E. de Pradel (Archiv. internationales de lar., rhin. et otologie u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Ein 5jähriges Kind verschluckte einen bohnengrossen Kieselstein und bekam während zwei Monaten nachher einen keuchhustenartigen Husten, und in den Enfants malades stellte man wirklich die Diagnose auf Tussis convulsiva. Während eines stärkeren Anfalles hustete das Kind nach vier Monaten den Kieselstein aus und war geheilt. Verf. glaubt nun, dass das Corpus delicti während dieser langen Zeit in einem Larynxventrikel steckte, trotzdem dass die laryngoscopische Untersuchung fehlt. Dr. P. K.

Untersuchungen über die Function der Kehlkopfmuskeln. Von Dr. H. Neumayer in München. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, pag. 323.)

Nach Untersuchung und Präparation von zahlreichen Kehlköpfen des Menschen und verschiedener Thiere kommt N. zu folgenden Resultaten: Die Kadaverstellung der Stimmbänder kann durch die Todtenstarre in hohem Grade modificirt werden, und nähern sich die hierdurch bedingten Glottisformen in den meisten Fällen der Phonationsstellung. Es ist diese Erscheinung auf das Uebergewicht der Glottisschliesser über die Glottisöffner zurückzuführen, welche nicht nur an Zahl, sondern auch in hohem Grade an Masse letztere übertreffen. Die Methode des Verfassers, die künstliche Muskelstarre, erzeugt durch Anlegen heisser Eisenstäbe an die betreffenden, freipräparirten Muskel, zum Studium der Function der einzelnen Muskeln zu benutzen, vermag vollkommen brauchbare Resultate zu liefern. Bei Lähmung des einen M. cricothyreoid. erfolgt durch Contraction des gleichnamigen Muskels der andern Seite eine Drehung des Ringknorpels innerhalb des Schildknorpels, und kommt hierdurch ein Schiefstand der Glottisspalte zu Stande. Die Mm. cricothyreoid. vermögen bei ihrer Contraction die Stimmbänder nach der Medianlinie des Kehlkopfes hin zu bewegen. Die bei tiefer Inspiration zu beobachtende perverse Verengerung der Stimmritze ist auf die Contraction der Mm. sternothyeoid. zurückzuführen. Die verticale Portion des M. cricoarytaenoid. postic. besorgt vorzüglich die Erweiterung der Stimmritze, während die horizontale den Aryknorpel nach rückwärts fixirt. Der Glottisschluss kommt in der Gegend der Aryknorpel dadurch zu Stande, dass sich nur die Spitzen der Aryknorpel mit den ihnen aufsitzenden Santorini'schen Knorpeln an einander legen. Die Basen und die Innenflächen der beiden Aryknorpel nähern sich zwar einander, kommen aber nicht zu selbstständiger, gegenseitiger Berührung. Beschorner.

Digitized by Google

Behandlung der Mycosis leptothricia mit Eisenchlorid. (Traitement de la mycose leptothrixique par le perchlorure de Fer.) Von Dr. Colin. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. IX, Heft 5, September-October 1896.)

Behandlung des genannten Leidens mit der officinellen Eisenchlorid-Lösung (26 pCt. Eisenchlorid enthaltend) brachte das Leiden rasch zum Schwinden. Beschorner.

Die Laryngoscopie beim Kinde. (La laryngoscopie chez l'enfant.) Von Dr. E. Escat in Toulouse. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. IX, Heft 5, Septbr./Octbr. 1896.)

Die Methode, welche die Ermöglichung der Laryngoscopie bei ungeberdigen Kindern zum Zweck hat und nicht wie die Kirstein'sche auf directer, sondern auf indirecter Inspection vermittelst Spiegels beruht, besteht in der Application 1) eines Kehlkopfspiegels, welcher nicht nur zum Reflectiren des Lichtes, sondern auch zur Erweiterung des Pharynx, zur Immobilisirung des Zäpfchens und des Gaumensegels dient; 2) eines besonders geformten Zungendepressors, welcher, ohne dass die Zunge des Kindes herausgezogen wird, durch seine Form die Möglichkeit herbeiführt, jene in geeigneter Weise niederzudrücken, gleichzeitig aber durch Eingreifen zweier geknöpfter Ausläufer in die Fossae pyriformes den Kehldeckel zu heben und freien Einblick in das Larynx-Innere zu erlangen; 3) eines Munddilatators, der jedoch nicht in allen Fällen als nothwendig sich erweist. Zur Beleuchtung wird zwar ein besonders geeigneter Apparat von Hélot und der Clar'sche Reflex-Spiegel angegeben, indessen soll auch ein gewöhnlicher Stirnspiegel und eine einfache gute Lampe genügen. Beschorner.

Tod durch Tubage. (Accident mortel du tubage.) Von Dr. Levrey. (Journal de clinique et de thérap. infant. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Man gebrauchte eine zu lange Röhre. Während die Röhre im Larynx lag und ein plötzlicher Erstickungsanfall eintrat, fand man, dass der obere Theil der Röhre hinter dem Gaumensegel lag und dass letzteres die Röhre verstopfte; es bestand also Autoobstruction. Trotz rasch ausgeführter Tracheotomie brachte man das Kind nicht mehr zum Leben. Dr. P. K.

Trachealcondylome. (Condylomes de la trachée.) Von Dr. Harrison Griffin. (The New-York med. Journ. und Revue de laryngologie 1896, No. 26.)

Verf. beschreibt einen schwer verlaufenden Fall, bei welchem die Tracheotomie nur durch die schnelle Wirkung der antisyphilitischen Kur umgangen werden konnte. Trachealsyphilis ist selten.

Dr. P. K.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. H. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. Berlin, Februar 1897. No. 2.

I. Originalien.

Fall von eitriger Sinus transversus-Thrombose mit Pyämie nach acuter Mittelohreiterung, durch Operation geheilt.

Von

Dr. **Ludwig Wolff** in Frankfurt a. M.

Wenn auch die Worte Heineke's: „Von einer Therapie der Sinusthrombose kann natürlich keine Rede sein", heute ihre Giltigkeit verloren haben, wenn auch jetzt manche glückliche Operation von Sinusthrombose zu verzeichnen ist, so dürfte doch jeder geheilte Fall dieser schweren Erkrankung Interesse beanspruchen. Die genaue Schilderung des Verlaufes eines solchen kann wohl mit dazu beitragen, manchen dunkeln und strittigen Punkt der Diagnose und Therapie aufzuklären.

Digitized by Google

Ueber folgenden Fall wurde in der otologischen Section der 68. Naturforscher- und Aerzte-Versammlung schon kurz berichtet:

Frau H., 21 Jahre alt, kam am 15. VIII. 1896 Abends in meine Sprechstunde. Sie hat vor fünf Wochen ein gesundes Kind geboren, das sie bis heute gestillt hat. Vor nicht ganz drei Wochen bekam sie Ohrenschmerzen rechts, die bald darauf mit dem Auslaufen des Ohres nachliessen. Sie fühlte sich dann ganz wohl, bis einige Tage, bevor sie mich consultirte, der eitrige Ausfluss weniger wurde und zugleich heftige Kopfschmerzen und Empfindlichkeit hinter dem rechten Ohre auftraten. Bald darauf bemerkte die Patientin eine Anschwellung der rechten Halsseite, die es ihr unmöglich machte, den Kopf zu drehen oder zu beugen. Auf Befragen giebt die Patientin an, vor zwei Jahren einmal ein schmerzhaftes Ohrengeschwür gehabt zu haben, das aber in einigen Tagen geheilt sei. Nachher habe sie nie Ausfluss aus dem Ohre gehabt und immer gut gehört.

Erste Untersuchung am 15. VIII.: Die Patientin, deren leicht icterische Gesichtsfarbe auffällt, hält den Kopf nach der rechten Seite geneigt und vermeidet ängstlich, ihn zu bewegen. Man bemerkt eine Schwellung entlang dem rechten M. sterno-cl., die schon auf leisen Druck sehr schmerzhaft ist. Ein deutlicher Strang in der geschwollenen Partie ist nicht durchzufühlen. Auch kann eine geringere Füllung der rechten Jugularvene bei Vergleichung beider Seiten nicht constatirt werden. Der rechte Warzenfortsatz ist auf Druck schmerzhaft und leicht ödematös geschwollen, das Oedem setzt sich jedoch nicht auf die Gegend hinter dem Warzenfortsatz fort. Der rechte äussere Gehörgang ist stark entzündlich geschwollen, so dass kein deutlicher Befund des Mittelohres aufgenommen werden kann. Es besteht hohes Fieber und frequenter Puls.

FEB 12 1898

Am 16. VIII. ändert sich nichts in dem Zustand, ausser dass die Patientin Morgens einmal Erbrechen hat. In der darauf folgenden Nacht ein eine Stunde lang dauernder Schüttelfrost.

17. VIII.: Aufnahme in's Krankenhaus. Temperatur 40,1. Deutliche Milzschwellung. Auf der Lunge HU beiderseits kleinblasiges Rasseln, RHU geringe Dämpfung. In der folgenden Nacht $^1/_2$ stündiger Schüttelfrost. Der Augenhintergrund wird von Dr. Ransohoff (Augenarzt) beiderseits normal befunden.

Die geschilderten Symptome bildeten gewiss eine dringende Indication zur Aufmeisselung des Warzenfortsatzes. Das hohe Fieber, die Schüttelfröste, die Milzschwellung, Symptome unzweifelhaft pyämischer Natur, die im Anschluss an die Mittelohreiterung im Verein mit Schwellung und Schmerzhaftigkeit der rechten Halsseite aufgetreten sind, liessen mit Wahrscheinlichkeit eine Sinusphlebitis vermuthen und erforderten unbedingt eine Freilegung und event. Exploration des Sinus.

Operation am 18. VIII. unter Assistenz von Herrn Dr. Eulenstein, dem ich für seine freundliche Hilfe bei der Operation und Nachbehandlung sehr zu Dank verpflichtet bin:

Nach Durchtrennung der etwas infiltrirten Weichtheile Knochen gelblich verfärbt, die Gefässlöcher stark blutend. Die Aufmeisselung des Proc. mast. deckt sofort eine weite, mit grossen schlaffen Granulationen ausgefüllte Höhle auf. Durch Entfernung des kranken Kno-

Digitized by Google

chens und Ausräumung der Granulationen wird der Sinus schon unabsichtlich in einer kleinen Strecke freigelegt. Weitere Freilegung nach oben und unten mit der schneidenden Zange. Die Wand des Sinus erscheint verdickt, rothbraun gefärbt, mit weisslichen Auflagerungen bedeckt, zeigt weder Pulsationen noch respiratorische Schwankungen. Die Freilegung geschieht centralwärts so weit, bis der gesunde bläuliche Sinus zum Vorschein kommt. Es folgt dann die Punction an einer am meisten peripher gelegenen Stelle mit der Pravaz'schen Spritze, die ungefähr eine $^1/_3$ Spritze voll nicht übelriechende, blutigeitrige Flüssigkeit herausbefördert, eine zweite, mehr central gemachte Punction ergiebt den Sinus leer. Nach dem Abschaben der fibrinösen Auflagerungen wird der Sinus der Länge nach mit dem Messer weit aufgeschlitzt, wobei kein Tropfen Blut fliesst. Ausräumung der nicht stinkenden thrombotischen Gerinnsel mit dem scharfen Löffel. Trotz grosser Vorsicht entsteht dabei eine Blutung aus dem peripheren Ende des Sinus, die sofortige Tamponade erfordert, und die Operation beendigt. Gegen Schluss der Operation war das Gesicht der Patientin auffallend cyanotisch geworden. Von einer Unterbindung der Vena jugular. int. wird abgesehen, dieselbe aber in Aussicht genommen, wenn die Schüttelfröste sich wiederholen sollten.

Einige Stunden nach der Operation hat die Patientin eine Temperatur von 40,1, einen ziemlich kräftigen, regelmässigen Puls von 114. — Der Uebersichtlichkeit wegen will ich gleich vorausschicken, dass die hohen Temperaturen (Abends 40,1; 40,7; 40,3; 39,0; 40,8) in den nächsten fünf Tagen noch anhielten, aber keine Schüttelfröste mehr auftraten.

19. VIII. Heftige Kopfschmerzen, Abends Erbrechen. Puls schwankt zwischen 70 und 90, regelmässig. Geringe Eiweisstrübung des Urins.

20. VIII. Nach guter Nacht wenig Schmerzen. Verbandwechsel, da der Verband durchnässt ist, der innerste Tampon wird nicht erneuert. Otorrhoe gering.

21. VIII. Schmerz im linken Oberarm. Thalergrosse infiltrirte Stelle auf der Beugeseite etwas oberhalb des Ellbogengelenks. Priessnitz'scher Umschlag.

23. VIII. In der Nacht 1 Uhr leichtes Frösteln (kein Schüttelfrost), Anstieg der Temperatur auf 40,8, Puls 90, um 11 Uhr früh Temperatur 36,5, Puls 56, sehr schwach und aussetzend. Auf Campherinjection und andere Excitantien geht dieser Collaps wieder vorüber. — Die infiltrirte Stelle am Oberarm erweicht und röthet sich. Die Rasselgeräusche auf den unteren Lungenpartien haben abgenommen, keine Dämpfung mehr zu constatiren. Urin eiweissfrei.

24. VIII. Verbandwechsel. Aus der Knochenwunde, die gut granulirt, wenig Eiterabfluss, aus dem Gehörgang gar keiner mehr. Temperatur 37,2—37,5.

26. VIII. Incision des metastatischen Abscesses am Oberarm und Entleerung nicht fötiden Eiters. — Pulmones ganz frei von catarrhalischen Geräuschen.

28. VIII. Verbandwechsel, da über Schmerzen auf der rechten

Digitized by Google

Seite des Halses geklagt wird. Harte Infiltration entlang dem Unterkieferrande. Knochenwunde sieht gut aus.

29. VIII. Nachts Kopfschmerzen. Temperatur Abends 38,0.

31. VIII. Die Halsschwellung breitet sich mehr entlang dem Verlaufe des Musc. sternocleidom. aus.

1. IX. Verbandwechsel. Abends Erbrechen, Schwindel und Kopfschmerzen. Temperatur und Puls normal. Die Milz scheint nicht mehr vergrössert.

5. IX. Die Halsschwellung hat sehr zugenommen. Klagen über Blutandrang nach dem Kopf. Brechreiz. Temperatur 38,7.

6. IX. Die undeutliche Fluctuation der geschwollenen Halspartie lässt auf einen tiefen Eiterherd schliessen.

Zur Operation desselben am 7. IX. bat ich Herrn Dr. Ettlinger (Spec. f. Chirurgie): Incision am hinteren Rande des Musc. sternocl. und Entleerung eines tief unter dem Muskel gelegenen, sehr ausgedehnten Abscesses, wohl von der Jugularis ausgehend, mit sehr fötidem, gashaltigen Inhalt. Herstellung einer Verbindung mit der Knochenwunde am Proc. mast. — Jodoformgazetamponade.

Nach der Operation colossales Oedem der rechten Wange. Schluckschmerzen, Oedema palati mollis.

8. IX. Wangenödem etwas geringer. Allgemeinbefinden gut. Temperatur normal. Feuchtwarme Sublimatumschläge. — Nachdem wegen Secretverhaltung die Abscessöffnung noch etwas vergrössert werden musste, nahmen Gesichts- und Gaumenschleimhautschwellung allmählich ganz ab. Wegen der fötiden Absonderung wurden täglich mit Kali hypermang.-Lösung getränkte Tampons in die Abscesshöhle eingeführt. Letztere verkleinerte sich langsam. Vom 12. IX. an Temperatur andauernd normal.

Am 25. IX. musste noch ein kleiner Abscess oberhalb des rechten Sternoclavicular-Gelenkes incidirt werden.

Am 7. X. konnte die Patientin mit noch geringer, nicht fötider Eiterabsonderung aus der Halsabscesshöhle, mit geschlossener Knochenwunde am Proc. mast., aus dem Krankenhause entlassen werden. Die Hörfähigkeit betrug ca. 3 m für Fl.

Am 2. XI. stellte ich die Patientin völlig geheilt im hiesigen ärztlichen Verein vor mit einer Hörfähigkeit von 5—6 m Fl.

Epicrise. In dem geschilderten Falle waren wohl die günstigsten Bedingungen für einen guten Ausgang der Operation einer eitrigen Sinus-Thrombose vorhanden. Die pyämischen Erscheinungen hatten gerade erst begonnen, Metastasen bestanden vor der Operation noch keine, Schüttelfröste wurden vorher nur zwei beobachtet. Der Thrombus selbst war nicht gross, die puriform erweichte Partie desselben, nicht fötider Natur, war wohl zum grössten Theil mit der Punctionsspritze schon entfernt worden, da nach der Eröffnung des Sinus in einer Länge von ca. 3 cm nur feste Gerinnsel gefunden wurden.

Die beim Ausräumen der letzteren entstehende Blutung aus dem peripheren Ende des Sinus hat keineswegs schädlich gewirkt, vielleicht hat die Durchblutung des phlebitischen Bezirks, die ja von einigen Beobachtern als ein die Heilung beförderndes Moment angesehen wird, auch in unserem Falle zum günstigen Ausgang beigetragen.

Digitized by Google

Dass wir die Unterbindung der Vena jugularis interna nicht sofort vornahmen, sondern diese von dem Auftreten weiterer Schüttelfröste abhängig machten, ist, abgesehen von der noch herrschenden Unklarheit der bestimmten Indication der Jugularisunterbindung in Fällen von Sinusthrombose, in vorliegendem Falle wohl zu rechtfertigen, wenn man bedenkt, dass noch keine Metastasen vorhanden waren und die noch wenig vereiterten, nicht fötiden thrombotischen Gerinnsel ziemlich vollständig entfernt werden konnten.

Es darf wohl für die Aussichten der Operation der eitrigen Sinusphlebitis als relativ günstig angesehen werden, wenn die vorausgehende Mittelohreiterung erst kurze Zeit bestanden hat. Dass letzteres in unserem Falle angenommen werden kann, erhellt, abgesehen von der Anamnese, die für die Entscheidung dieser Frage allein gewiss nicht absolut maassgebend ist, daraus, dass ziemlich bald nach der Operation jede Secretion aus dem Mittelohr aufhörte und die Hörfähigkeit der Patientin auffallend schnell besser wurde.

Unter den in der Literatur beschriebenen Fällen, wo acute Otitis media der Sinusthrombose zu Grunde lag, wird auch ein Fall nach Entbindung entstanden angeführt. Bei der Entstehung unseres Falles spielt wohl die vorausgegangene Entbindung keine Rolle, da Geburt und Wochenbett ganz normal verlaufen waren und die Patientin bei vollständigem Wohlbefinden von der Ohrenerkrankung befallen wurde.

Concrementbildung im Ohr bei chronischer Mittelohreiterung.

Von

A. Barth, Leipzig.

(Nach einer Mittheilung in der Biologischen Gesellschaft zu Leipzig am 4. December 1896.)

Vor einigen Jahren beobachtete ich bei einem 6jährigen Mädchen, das schon Jahre lang an einseitiger Mittelohreiterung litt, Concrementbildung. Da ich einen ähnlichen Fall in der Literatur nicht habe auffinden können, möchte ich ihn nicht vollständig der Vergessenheit anheimgeben. Pat. war vorher schon in Sydney behandelt. Sie litt an fötider Eiterung. Nach genügender Reinigung sah man in der Tiefe des Gehörganges einen rundlichen Körper von grau-gelber Farbe, der sich mit der Sonde knochenhart und rauh anfühlte. Nach früherer Erfahrung glaubte ich einen Sequester der Schnecke vor mir zu haben. Ich versuchte die Extraction mit einem Häkchen, konnte damit leicht hinter den Körper gelangen und war erstaunt, hier mit dem Instrument nicht gegen eine feste, sondern in weiche Masse zu kommen. Nach der Extraction hatte ich an dem Haken einen mit stinkendem Eiter durchsetzten Wattepfropf, an dessen nach aussen gelagert gewesener Fläche steinharte, rauhe Massen aufgelagert waren. Unter dem Microscop erschienen diese zum Theil als drusige Gebilde, zum Theil als

Digitized by Google

prismatische Crystalle, sowohl einzeln gelagert, wie auch in Colonien zusammengebacken, die bei durchfallendem Licht dunkel, bei auffallendem hell waren, also zunächst als Kalkcrystalle angesprochen werden mussten. Weder die den Gehörgangswänden anliegende, noch die nach dem Mittelohr gerichtet gewesene Fläche des Wattepfropfes zeigte auch nur eine Spur von abgelagerten, festeren Körpern. Da die frühere Behandlung nach Angabe des Vaters eine Zeit lang auch in Einblasen eines weissen Pulvers bestanden hatte, so wünschte ich vor Allem festzustellen, ob die festen Massen auf dem Wattepfropf nicht erst, von aussen hineingebracht, sich hier festgesetzt hatten. So ist es ja bekannt, dass z. B. Alaunpulver sich im Ohr gern zu festen Steinen zusammenballt. Ich bat darum Herrn Prof. Zincke (Marburg), die chemische Analyse vorzunehmen. Dieser fand durchaus keinen Anhaltspunkt dafür, dass man es mit einem niedergeschlagenen Medicament zu thun habe. Bei Erwärmen mit Säure lösten sich die harten Massen unter schwacher Gasentwicklung auf, dann aber schied sich bald an der Oberfläche eine bräunliche, glänzende Flüssigkeit ab, die sich in Aether löste und mit Alcalien Seife bildete. Der gelöste Körper hatte demnach bestanden aus geringen Mengen kohlensauren und aus relativ grösseren Mengen fettsauren Kalkes. Um welche Fettsäuren es sich handelte, konnte bei der geringen Menge nicht festgestellt werden. Wir hätten es also hier nach Analogie mit anderen Bezeichnungen mit einer echten Otolithenbildung zu thun, wenn der Name Otolith nicht schon anderweitig vergeben wäre. Begnügen wir uns also mit der Bezeichnung: Concrementbildung.

Natürlich liegt es nahe, nun die Frage aufzuwerfen, in welcher Weise ist hier die Kalkausscheidung zu Stande gekommen? Die Grundsubstanzen: Kohlensäure, Fettsäuren, Kalk waren jedenfalls bei der Eiterung im Voraus gegeben, die beiden letzteren vielleicht in etwas erhöhtem Maasse, da der Eiter durch den Wattepfropf am freien Abfluss behindert war und sich dann leichter zersetzen konnte, die in der Paukenhöhle befindlichen Granulationen aber vielleicht zu vermehrter Lösung von Knochen beigetragen hatten. Die gleichen Bedingungen finden sich aber oft, und dennoch scheint bisher, wie ich Anfangs bemerkte, eine Concrementbildung im Ohr noch nicht beobachtet worden zu sein. Da ist nun vor Allem hervorzuheben der Wattepfropf, der als Fremdkörper vielleicht doch einige Jahre lang an Ort und Stelle gelegen hat. Wir finden an ihm, wie an anderen Stellen des Körpers, die Ablagerung fester Salze an den vorhandenen Fremdkörper. Auf der andern Seite sprechen das jugendliche Alter der Patientin und die nur niedrigen und auch nicht besonders in die Breite gehenden Granulationen dagegen, dass der mit fötidem Secret durchsetzte Fremdkörper schon übermässig lange zwischen Gehörgang und Paukenhöhle gelegen haben sollte. Irgend welche Verhaltungserscheinungen waren nie aufgetreten. Dass das Secret von Microorganismen gewimmelt hat, bezweifle ich keinen Augenblick. Dennoch bin ich nicht geneigt, diese vorwiegend für die Kalkablagerung verantwortlich zu machen, wie es in den letzten Jahren einige französische Autoren für die Nasensteine gethan haben. Auffallend aber ist es, dass die Kalksalze sich nur an der Seite des Wattepfropfes und auch nur an seiner Oberfläche ab-

Digitized by Google

gesetzt haben, die nach aussen lag, wo also das Secret stets mit der atmosphärischen Luft in Berührung kam, durch Verdunstung sich eindicken und dadurch gelöste Körper zum Ausfallen bringen konnte. Immerhin ist das kaum die einzige Ursache zur Concrementbildung gewesen, sonst würde letztere doch schon öfter auch im Ohr beobachtet worden sein. Dass sie anscheinend hier so selten zur Beobachtung kommt, liegt vielleicht auch mit daran, dass Fremdkörper in der Tiefe des Ohres bei gleichzeitig bestehender Mittelohreiterung in der Regel nicht lange aushalten, ohne empfindliche Reizerscheinungen auszulösen. Soviel ist aber durch vorliegende Beobachtung festgestellt, dass auch im Ohr unter ähnlichen Verhältnissen Steinbildungen vorkommen, wie in anderen Körperhöhlen, und wenn auch hier anscheinend die Bedingungen nicht so günstige sind, wie an anderen Stellen, so werden vielleicht die ersten Spuren von Ablagerungen in Zukunft öfter gefunden werden, nachdem ihr Vorkommen einmal erst nachgewiesen ist.

Ein eigenartiger Fall von unbeabsichtigter Entfernung eines Trommelfell-Polypen.

Mitgetheilt von
Dr. **E. Fikeis**, Ohrenarzt in Linz a. D.

Am 29. October 1896 kam Herr N. in meine Ordination, welcher sich über einen höchst übelriechenden Ausfluss aus seinem linken Ohre, Gefühl von Völle, subjective intermittirende Geräusche und vorübergehende fliegende Stiche in selbem beklagte.

Nach Reinigung des äusseren Gehörganges erblickte ich, entsprechend der Stelle des kurzen Fortsatzes und des Hammergriffes, ein birnförmiges dunkelrothes Gebilde, das sich bei näherer Untersuchung als ein Polyp mit wahrscheinlicher Anheftung an die Shrapnell'sche Membran erwies: die hintere Trommelfellhälfte zeigte deutliche Symptome einer chronischen Entzündung (diffuse Form), die vordere war wegen ziemlich starker Vorbauchung der vorderen Gehörgangswand nur zum Theil zu sehen, und das was man sah, erschien verkalkt. Von einer sofortigen Entfernung des Polypen vorläufig absehend, beschränkte ich mich blos auf die bekannte sonstige Behandlung der chronischen Myringitis. Am fünften Behandlungstage war nach der üblichen Ausspülung der noch am Vortage zu sehende Kalkfleck zu meinem Erstaunen verschwunden, dagegen über dem Polypen und theilweise über der hinteren Trommelfellhälfte eine Art von weisslichem Vorhang, der mir als ein Stückchen Baumwolle imponirte und welcher trotz wiederholter Ausspülung nicht zu entfernen war, weshalb ich denselben mit der Kniepincette fasste, und hierbei einen gewissen Widerstand fühlend, entfernte. Das Entfernte war thatsächlich das Vermuthete, und bei näherer Besichtigung desselben sah ich nun zu meiner Ueberraschung am anderen Ende desselben den schon am ersten Behandlungstage eruirten Polypen, und zwar, wie Tractionen

Digitized by Google

erwiesen, wie mit selbem verwachsen; nach Auftupfen des sich in geringfügiger Menge ergossenen Blutes sah ich nun ganz deutlich oberhalb des kurzen Fortsatzes die Anheftungsstelle des Polypen. Das, was mir nun seiner Zeit, aber mit geradezu frappanter Aehnlichkeit, als Verkalkung imponirt hatte, war also nichts anderes, als ein Theil der soeben entfernten Baumwolle, die dem entsprechenden Trommelfelltheile geradezu adhärent gewesen sein musste, da es erst gelang, selbe am fünften Behandlungstage mit der Spritze zu lockern. Der innige Zusammenhang des Polypen mit dem Baumwollstückchen lässt sich wohl dahin erklären, dass letzteres schon vor der Bildung desselben da gewesen sein musste und von dessen Substanz zum Theile umwachsen worden ist, ähnlich wie ja, wenn nach Warzenfortsatzeröffnungen die Jodoformgaze zu lange in der Wundhöhle verbleibt, bekanntlich das Granulationsgewebe in die Gaze hineinwächst.

Zur Perceptionsfähigkeit des normalen menschlichen Ohres.

Erwiderung auf die diesbezüglichen Worte des Herrn Dr. Denker im Januarheft dieser Monatsschrift.

Von

Dr. **Ludwig Jankau.**

Wer meine kurze Mittheilung in der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1896, No. 37, gelesen hat, wird daraus ersehen haben, dass ich nur bezüglich der mittleren normalen Hörweite mittelst Flüstersprache meine Untersuchungsergebnisse mittheilen wollte. Auch ich verstehe unter der normalen Hörweite eines Menschen für Flüstersprache das Durchschnittsergebniss derjenigen Hörfähigkeit, welche eine grössere Anzahl in allen ihren Theilen absolut intacter Gehörorgane besitzen. Diese Auffassung wird auch von allen Autoren getheilt. Sowohl Siebenmann, Hartmann, Bezold, Wolf u. A. bestimmten auf diese Weise die normale Hörfähigkeit des menschlichen Ohres. — Diese normale Hörfähigkeit des menschlichen Ohres ist schon früher von verschiedenen Autoren verschieden angegeben. Hartmann, Siebenmann und Wolf fanden 20—25 m, Chimani (bei Soldaten) 21 m, Bezold 17—20 m. Ich fand bei Erwachsenen (gemischtes Publicum) 15 m im Durchschnitt. Wieso diese Differenz den früheren Resultaten so hochgeschätzter Autoren gegenüber entstand, habe ich bereits in dieser Monatsschrift (1896, November) auseinandergesetzt.

Wir dürfen diese Prüfungen, soweit die Ergebnisse für die Functionsprüfung des Ohres von Seiten des Ohrenarztes verwandt werden sollen, nicht an einer Klasse von Menschen, oder wie Herr Dr. Denker sagt, an einem Material, unter dem man a priori viele „Normalhörige“ finden wird, anstellen.

Digitized by Google

Ganz analog den Ophthalmologen bei der Sehschärfe müssen auch wir, worauf ich schon in meiner bezüglichen Mittheilung (D. med. Wochenschr. 1896, 37) hinwies, den Begriff „normale Hörweite“ dahin präcisiren, dass wir einen gewissen Spielraum haben. Wenn wir in den Lehrbüchern 20—25 m als normale Hörweite für Flüstersprache lesen, so ist dies nicht das Mittel, sondern die höchste Hörweite. Ebenso werden wir mittelst objectiver Prüfung als durchaus intact festgestellte Gehörorgane finden, die nur eine Hörweite von 12—14 m zeigen.

Dass die durchschnittliche Hörfähigkeit einer Reihe von gesunden und kranken Gehörorganen 20—25 m beträgt, hat weder je ein Autor behauptet, noch habe ich diesen Schluss aus den Mittheilungen des Herrn Dr. Denker gezogen.

Wenn ich sagte, dass Herr Denker in erster Linie seine Ergebnisse angeführt habe, so war ich doch wohl durch die nur aus seinen Untersuchungen angegebenen Details hierzu im Recht.

Meine Behauptung, dass bei der Hörprüfung die Intelligenz einen wohl zu beachtenden Factor ausmacht, wurde bereits von Tröltsch aufgestellt und von einer ganzen Reihe bedeutender Autoren später wiederholt. Wir beobachten wenigstens täglich, dass ausser der Intelligenz des Patienten eine dem Patienten ungewohnte Sprechweise oder ein fremder Dialect ganz bedeutende Differenzen in der Hörweite hervorrufen. All' diese Dinge müssen aber bei Feststellung einer mittleren Hörweite beobachtet werden, d. h. die Bestimmungen an solchem Material vorgenommen werden, wo diese erwähnten Factoren berücksichtigt worden sind; einem Material, wie es, um es nochmals zu wiederholen, die Sprechstunde des Arztes aufsucht.

Gradenigo hat die von mir citirten Worte auf Untersuchungen von Kranken angewandt; ich glaube, dass diese Worte auch Giltigkeit für die Untersuchung normaler Ohren haben.

Bezüglich des Instruments wollte nur noch auf die Worte des Herrn Dr. Denker bemerken, dass grössere Cerumenmassen jenes bekannte „Kitzeln“ nicht hervorrufen. Dies thun nur kleine, an der Gehörgangswandung liegende und weiche (oft fast flüssige) Cerumenmassen.

Ueber die Tamponade der Nasenhöhle bei schwerem Nasenbluten.

Von

Docent Dr. **Arthur af Forselles.**

Secundararzt der chirurg. Klinik in Helsingfors.

Während das Stillen der meisten Nasenblutungen, besonders derjenigen des vorderen Theiles des Septums, gewöhnlich keine Schwierigkeit darbietet, giebt es jedoch einige Fälle, bei denen durch den Blutverlust hochgradige Anämie eintreten und sogar das Leben des Kranken gefährdet werden kann. Es ist besonders in solchen Fällen, wo die hintere

Digitized by Google

oder combinirte hintere und vordere Tamponade der Nasenhöhle nicht zu vermeiden ist. In diesen Fällen liegt die blutende Stelle gewöhnlich in der Mitte oder im hinteren Theil der Nasenhöhle. Die hintere Tamponade wird durch einen Tampon, der mit einem durch den Mund herabhängenden und zwei durch die Nase gehenden Fäden an der Mitte befestigt ist, vorgenommen. Die von Frank, Martin Saint-Ange, Küchenmeister, Closset, Englisch u. A. beschriebenen Instrumente (Rhinobyon, Rhineurynter) sind beim schweren Nasenbluten unsicher und stehen selten dem practischen Arzte zu Gebote. Wir sind daher am meisten auf die klassische hintere Tamponade angewiesen. In der vorantiseptischen Zeit wurde Charpie oder Watte als Tamponmaterial gebraucht; in der antiseptischen Zeit hat sich die Jodoformgaze als vorzügliches Material bewährt. Irgend welche wichtigeren Veränderungen sind meines Wissens beim Tamponiren in der letzten Zeit nicht vorgenommen worden. Dass aber das Verfahren nicht ohne Unannehmlichkeiten und Gefahr ist, tritt aus den Erfahrungen der meisten Specialisten hervor.[1])

Nehmen wir Albert's Lehrbuch der Chirurgie (Wien und Leipzig 1890), so schreibt er: „Dieses Verfahren hat unleugbare Unannehmlichkeiten; schon die Operation ist etwas schwierig und erfordert von dem Kranken viel Geduld, vom Operateur ziemlich viel Gewandtheit; nach der Tamponade ist der Kranke oft von Ohrenstechen geplagt; es entsteht eine reichliche Secretion von Schleim im Rachen, Speichel im Munde und ein bedeutender Gestank entwickelt sich sehr bald durch Zersetzung des in die Nase ergossenen Blutes und der Secrete, so dass man bei dem für den Kranken überdies sehr unangenehmen Herausnehmen des Tampons (nach 24 Stunden) von dem grossartigen Gestank das erste Mal ganz überrascht ist.“ Die meisten Complicationen bei der hinteren Tamponade scheinen Seitens des Ohres mit in Zusammenhang damit stehenden Erkrankungen oder in Folge anderer septischen Zustände einzutreten.

Man kann die Frage aufstellen, ob man nicht wenigstens theilweise den unangenehmen Complicationen bei den schweren Formen von Nasenbluten durch ein zweckmässigeres Verfahren entgehen kann, und wollen wir deshalb die Einzelheiten der hinteren Tamponade einer Kritik unterwerfen.

Die Forderungen eines gut sitzenden hinteren Tampons sind, den entsprechenden Theil der Nasenhöhle mit gleichmässigem Druck zu füllen; die sich dazu eventuell anschliessende vordere Tamponade hat natürlich mit Hinsicht auf den vorderen Theil der Nasenhöhle denselben Zweck. Nur durch eine direct auf die blutende Stelle wirkende Compression können wir ein sicheres Sistiren der Blutung erwarten. Das Abschliessen der Choanen und der vorderen Apertur allein giebt keine Garantie für die Bildung eines sicheren Blutpfropfes. Die Blutung

[1]) Z. B. Gellé, Revue mens. 1886, No. 12 und Bulletins et mémoires de la société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris, 1891. — Wagenhäuser, Archiv f. Ohrenheilkunde, Bd. 27, p. 165. — Hicquet: De l'epistaxis. Ann. des maladies de l'oreille 1892, No. 7. — Hartmann, Zeitschrift f. Ohrenheilkunde, 1881, p. 132.

Digitized by Google

kann wohl einige Zeit stehen, wenn der Druck des in die Höhle sich ergossenen Blutes eine gewisse Höhe erreicht hat, erscheint aber in den meisten Fällen wieder, wenn der Druck durch die Auflockerung oder durch das Herausnehmen des Tampons sinkt.

Mit Hinsicht auf einen gleichmässigen Druck lassen aber die gewöhnlichen, mit den Fäden an der Mitte festgeschnürten Tampons viel zu wünschen übrig. Den grössten Druck übt derselbe durch seinen vorderen Theil aus, während er im hinteren Theil der Nasenhöhle minimal sein kann. Ob das blutende Gefäss in der Weise die genügende Compression erhält, ist eine Zufälligkeit. Noch ungünstiger stehen die Verhältnisse, wenn man mit einer Spina des Septums, mit hypertrophischen Muscheln oder anderen Anomalien zu thun hat. In diesen Fällen kann das Hineinziehen des Tampons auf Hindernisse stossen, welche die seitliche Compression des blutenden Gefässes noch unsicherer machen. Da die gewöhnlich gebrauchten Tampons sich der Form der Nasenhöhle schlecht anpassen können, trifft es nicht selten ein, dass der Druck an verschiedenen Punkten zu hoch wird und dass sich in Folge dessen Druckgangrän der Schleimhaut ausbildet. Nach meiner Ueberzeugung ist diese Necrose der Schleimhaut in nicht wenigen Fällen die Ursache der bei der hinteren Tamponade so gefürchteten Zersetzungserscheinungen, die nicht selten septische Zustände hervorrufen oder eventuell das frühzeitige Herausnehmen des Tampons erforderlich machen. Im Zusammenhange damit möchte ich einige Worte über die sogenannten styptischen, aber gewöhnlich auch zerfressenden Mittel, speciell das Eisenchlorid, schreiben. In der Chirurgie sind dieselben schon längst als überflüssig aufgegeben. Für Hämostase wendet man jetzt nur die Ligatur des Gefässes, die seitliche Compression durch Tamponade und in einigen Fällen den Thermocauter an; wenn die Blutung nicht steht, fällt es dem Chirurgen gar nicht ein, styptische Mittel zu gebrauchen, sondern das Gefäss wird auf's Neue aufgesucht und gebunden, oder die Tamponade erneuert, oder bei einer parenchymatösen Blutung wird die blutende Fläche wieder mit dem Thermocauter behandelt. Es liegt keine Ursache vor, warum in der Nasenhöhle nicht dieselben Gesichtspunkte zur Geltung kommen müssen, besonders da die styptischen Mittel im Allgemeinen und speciell das Eisenchlorid in der Nase durch ihre reizenden Eigenschaften höchst gefährlich sein können. Als starrwandige Höhle bietet ja die Nasenhöhle für die Tamponade noch viel günstigere Aussichten als bei den in den Weichtheilen gelegenen Höhlen dar. Steht die Blutung nicht, so ist die Ursache die, dass die Compression nicht auf die rechte Stelle gebracht ist. Wendet man jetzt styptische Mittel an, wird man die fortgesetzte Tamponade durch die caustische Wirkung derselben auf die Schleimhaut bisweilen unmöglich machen. Die Freunde dieser Mittel werden einwenden, dass sie mit denselben manche schwere Blutung zum Stehen gebracht haben. Dieselben können aber nicht beweisen, dass sie nicht ohne jene Mittel hätten auskommen können. Aus obengenannten Gründen möchte ich noch hervorheben, dass die styptischen Mittel, speciell das Eisenchlorid, aus der Rhino-Chirurgie im Allgemeinen und speciell bei der hinteren Tamponade der Nasenhöhle ganz verbannt werden müssten:

Digitized by Google

1) weil man gut ohne dieselben zurecht kommen kann,
2) weil dieselben die Zersetzungserscheinungen in der Nasenhöhle befördern und dadurch eine zweckmässige Tamponade verhindern können.

Ein anderer Gesichtspunkt, welcher bei der hinteren Tamponade nicht die genügende Berücksichtigung gewonnen hat, ist die Aseptik beim Tamponiren. Die Nasenhöhle enthält ja im normalen Zustande massenhaft Bacterien. Es liegt aber keine Ursache vor, die Zahl derselben noch durch unreine Hände, Instrumente oder Verbandstoffe zu vermehren. Die Tamponade dürfte deshalb nie ohne strengste Aseptik vorgenommen werden.

Ich möchte noch auf einen Uebelstand der gewöhnlichen hinteren Tampons aufmerksam machen, nämlich darauf, dass sie nicht selten gar zu lang genommen werden und dadurch nicht selten das Ostium des Eustachi'schen Rohres verlegen können. Nicht wenige Complicationen Seitens des Gehörorganes sind sehr wahrscheinlich auf diese Ursache zurückzuführen. Die hinteren Tampons dürfen deshalb nie aus den Choanen in den Rachenraum hervorragen.

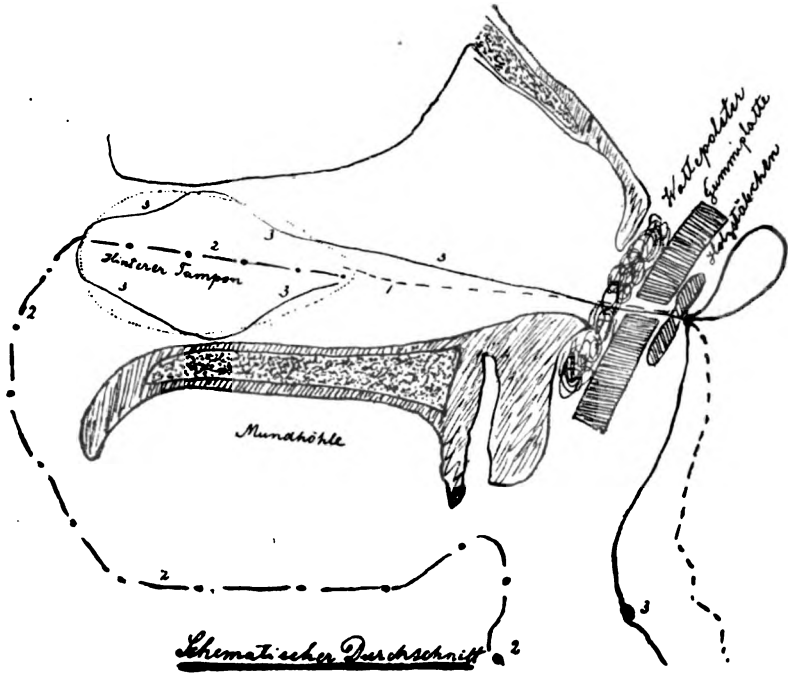
Um einigen der obengenannten Uebelstände der hinteren Tamponade beim schweren Nasenbluten entgehen zu können, habe ich dieselbe in der letzten Zeit in folgender Weise modificirt:

Als den besten Tampon habe ich einen mit Jodoformwatte gefüllten Sack aus Jodoformgaze gefunden. Die Form muss länglich oval sein und der Tampon in eine keilförmige Spitze auslaufen. Alle die zum Hinein- oder Herausziehen des Tampons dienenden Fäden müssen an der Spitze befestigt sein (s. Figur), und zwar wende ich drei Fäden mit folgender Anordnung an: Der erste (1) dient zum Hereinziehen des Tampons in die Nasenhöhle und ist einfach an der Spitze desselben befestigt. Der zweite (2) läuft von der Spitze quer durch den Tampon und dient zum Herausziehen desselben. Der dritte Faden (3) läuft von der Spitze, wo er befestigt ist, wird mehrmals durch den Tampon gestochen und läuft wieder durch die Spitze heraus, so dass der hintere Theil des Tampons durch denselben beim Ziehen tabaksbeutelförmig zugeschnürt werden kann.

Die Tamponade der Nasenhöhle wird in folgender Weise vorgenommen. Die Fäden 1 und 3 werden von dem Munde aus durch die Nase gezogen und der Tampon mit einer Nasenpincette gefasst und vorsichtig durch den Mund und den Nasenrachenraum, sodann durch Ziehen des Fadens 1 in die Nase gebracht. (An den Faden 3, der z. B. durch einen Knoten ausgezeichnet werden kann, darf man dabei nicht ziehen.) Nachdem der Tampon mit dem Faden 1 so weit wie möglich nach vorn in die Nasenhöhle gezogen ist, so schreitet man zur vorderen Tamponade, wozu man am besten kleine Ballen von Jodoformwatte nimmt, die rings um die Fäden mit einer Knopfsonde nach einander hineingeschoben werden. Wenn die Nasenhöhle in der Weise bis zum Nasenloch gefüllt ist, wird die Haut mit einer Lanolinsalbe reichlich eingerieben und die Fäden 1 und 3 durch eine perforirte Gummiplatte (ein gewöhnlicher Radirgummi kann angewandt werden) gezogen und über ein Holzstäbchen (s. Figur) festgeknotet, nachdem man vorher den hinteren Theil des Tampons durch Ziehen von Faden 3

Digitized by Google

gegen die Wand der Nasenhöhle fixirt hat. Zwischen der Gummiplatte und der Nase kommt eine Schicht von in Lanolinsalbe eingetauchter Watte.



Ich werde jetzt einige Vortheile des eben angegebenen Verfahrens hervorheben. Die Keilform ist von grossem Vortheil dadurch, dass der Tampon so zu sagen eine unmittelbare Fortsetzung des ziehenden Fadens ist und viel leichter über Hindernisse wie die Muschel etc. gleitet als die Tampons von gewöhnlicher Form. Ist die vordere Tamponade nöthig dadurch, dass der vordere Theil des hinteren Tampons sich an die Wand der Nasenhöhle nicht genau anschmiegt, so ist der Zwischenraum durch die kleinen Wattekugeln von vorne aus leicht auszufüllen. Der Faden 3, durch welchen der Tampon von hinten tabaksbeutelförmig zugeschnürt werden kann, ermöglicht in jedem beliebigen Augenblick, auch während der Tamponade, im hinteren Theil der Nasenhöhle einen Druck gegen die Wand auszuüben. Durch die Befestigung der beiden Fäden (1 und 3) über der Gummiplatte und dem Holzstäbchen an einem Punctum fixum (vorderer Nasenapertur) wird der Druck ziemlich gleichmässig gegen die Wände der Nasenhöhle vertheilt. Wenn die beiden vorderen Fäden beim gewöhnlichen Tamponirungsverfahren über den vorderen Tampon geknotet werden, wird auch derselbe von beiden Seiten comprimirt und

Digitized by Google

das Blut sickert längs der Fäden heraus. Dieser Uebelstand trifft bei meinem Verfahren gar nicht ein. Die Fäden (1 und 3) sind durch den vorderen Tampon gerade gespannt und beim festeren Knoten der Fäden wird der gleichmässige Seitendruck des vorderen Tampons gar nicht beeinflusst. Das Einsalben der Nasenlöcher und Polstern der Gummiplatte schliessen das den Kranken so belästigende Malträtiren der Nasenlöcher fast vollständig aus.

Mit dieser Anordnung der Tamponade werden die Gefahren für den Kranken wesentlich verkleinert, die Sicherheit der Blutstillung bedeutend erhöht und die Beschwerden des Kranken auf ein Minimum gebracht, so dass die Tamponade, wenn nöthig, sehr lange fortgesetzt werden kann.

Ich will noch einen sehr schweren Fall von Nasenbluten in Kürze mittheilen, wo sich diese Anordnung bei der Tamponade sehr gut bewährte.

Der Kranke ist ein 42jähriger Geschäftsmann von kräftigem Körperbau. Keine hereditäre Belastung, keine erworbene Lues und kein Herzfehler. In der Familie keine Blutkrankheit. Im Sommer 1895 hatte er an Nierenblutungen (nach Angabe des Hausarztes in Folge von Nierensteinen) gelitten. Am 1. Januar 1896 wurde er von heftigem Nasenbluten befallen. Nachdem ein in der Nähe wohnender Arzt ohne Erfolg die vordere Tamponade vorgenommen, wurde ich zugerufen. Die Blutung war colossal. Durch Abtupfen konnte festgestellt werden, dass die Blutung nicht aus dem vorderen Theil der Nasenhöhle herrührte. Nach in gewöhnlicher Weise mit Jodoformgaze vorgenommener hinterer und vorderer Tamponade konnte die Blutung zum Stehen gebracht werden, trat aber in den nächsten Tagen trotz erneuerter Tamponade mehrmals wieder auf. Dieselbe wurde noch durch eine Spina des Septums sehr erschwert. Der Kranke gerieth in grosse Blutarmuth und ich war in Folge dessen gezwungen, viele Nächte bei demselben zu verweilen. Durch Blutuntersuchung wurde festgestellt, dass man mit keiner Form von Leukämie zu thun hatte. Ich führte allmählich die von mir oben angegebene Tamponade ein und hatte jetzt die Freude, dass die Blutungen viel seltener wurden. Die Tampone wurden sogar vier Tage in der Nase gelassen, ohne über „den grossartigen Gestank“ klagen zu brauchen, und schliesslich nach einer Tamponade von 18 Tagen blieben die Blutungen ganz aus. Die Tamponade wurde ohne besonders grosse Beschwerden vertragen, vom Ohr entstanden keine Complicationen und die höchste Temperatur war an einem Abend 38°. Der Kranke erholte sich allmählich. Durch hintere und vordere Rhinoscopie konnte eine sichere Ursache der Blutung nicht festgestellt werden. Eine dreimonatliche Erholungsreise nach Deutschland und Frankreich stellte seine Kräfte her und bis zum 3. October trat keine Blutung auf, als Patient auf's Neue von heftigem Nasenbluten getroffen wurde. Ich wurde wieder gerufen und constatirte, dass die Blutung auch jetzt vom hinteren Abschnitt der Nasenhöhle stattfand. Die jetzt gleich von mir in der beschriebenen Weise durchgeführte Tamponade brachte die Blutung in fünf Tagen zum Stehen. Bei der erneuerten Inspection der Nasenhöhle konnte auch jetzt keine sichere Ursache der Blutung festgestellt werden, aber

Digitized by Google

ich nehme an, dass dieselbe durch ein Angiom der Nasenhöhle hervorgerufen wurde.

Ich möchte noch auf eine Maassregel aufmerksam machen, welche vielleicht in solchen schweren Fällen von Nasenbluten die Tamponade unterstützen würde. Ich meine die Ligatur der Carotis externa am Halse. In der chirurgischen Klinik zu Helsingfors habe ich mich mehrmals überzeugen können, dass die Blutung nach dieser Unterbindung der Carotis ext. bei schweren Operationen im Gesicht, besonders bei Resectionen des Oberkiefers, bedeutend beschränkt werden kann. Denselben Erfolg hätte man ja auch mit Hinsicht auf die Nase zu erwarten.

Ich übersehe keineswegs, dass man auch mit dem klassischen, allgemein bekannten Tamponirungsverfahren beim Nasenbluten, besonders in den leichteren Fällen, auskommen kann. Die von mir beschriebene Methode ist hauptsächlich den schwersten Fällen vorbehalten. Durch obenstehenden Aufsatz glaube ich die Vortheile derselben aus theoretischen und practischen Gründen motivirt zu haben und bin überzeugt, dass dieselbe auch in weniger schweren Fällen dem Arzte viel Unannehmlichkeiten und dem Kranken viel Schmerzen ersparen wird.

Ueber einen aus Schwefeleisen bestehenden Rhinolithen nebst Bemerkungen über Schwefelwasserstoffbildung innerhalb der Nase.[1]

Von

J. Herzfeld in Berlin.

Meine Herren, ich gestatte mir, Ihnen einen Nasenstein zu zeigen, der wegen seiner chemischen Zusammensetzung wohl Ihr Interesse beansprucht. Während die meisten derartigen Gebilde Kalk-, bisweilen auch noch Magnesiasalze enthalten, handelt es sich hier um einen Rhinolithen, der zum grössten Theil aus Schwefeleisen besteht. Der Träger des Steins war ein Mann, seinem Berufe nach Barbier und Heilgehilfe, im Alter von 33 Jahren. Bis zu der im vorigen Jahre bereits erfolgten Entfernung desselben hatte Pat. ca. 10 Jahre lang an Nasenverstopfung, üblem Geruch und citrigem Ausfluss gelitten, welche Beschwerden besonders die linke Seite betrafen. Das Geruchsvermögen war stark herabgesetzt, ferner klagte Pat. über Eingenommenheit des Kopfes. Bei der rhinoscopischen Untersuchung erwies sich die linke Nasenhälfte mit eingedickten Secretmassen ausgefüllt, nach deren Beseitigung in der Höhe des vorderen Endes der mittleren Muschel ein grosser, braunschwarzer Körper sichtbar wurde, der sich mit der Sonde rauh anfühlte. Da in der Anamnese auch Lues eruirt war, hielt der erst untersuchende College diesen Körper für ein sequestrirtes Muschelstück.

[1] Nach einer in der Berliner laryngologischen Gesellschaft gehaltenen Demonstration.

Digitized by Google

Beim Versuch, dasselbe mit einer Zange zu entfernen, erwies es sich aber als zu gross, so dass es erst innerhalb der Nase mit einer Zange zertrümmert werden musste. Es wurden nun grosse, unregelmässig geformte, braunschwarze Massen entfernt, von denen leider etwa nur die Hälfte aufgehoben wurde. Bei näherer Besichtigung wurde es uns nun bald klar, dass es sich um einen Rhinolithen handelte. Zur weiteren Prüfung wurden zwei grössere Stücke zertrümmert, und in einem derselben fanden wir zu unserer Ueberraschung dieses Stückchen metallisches Eisen, das ein Gewicht von 5 cg hat. Die Untersuchung dieser noch aufgehobenen braunschwarzen, mit theilweise röthlich-grünlichem Schimmer versehenen Massen ergab bei einem Gewicht von 1,2 g fast reines Schwefeleisen und nur Spuren von organischer Substanz. — Wie ist nun diese Menge Schwefeleisen, die aber höchstens die Hälfte der gesammten Menge darstellt und deren grösseres Stück jetzt noch eine Länge von 1,5 und eine Breite von 1,3 cm hat, in die Nase gekommen? Handelt es sich um einen blossen Fremdkörper, der von aussen in die Nase geführt worden ist, oder hat sich diese Masse erst auf Grundlage des vorgefundenen Stückchens Eisen innerhalb der Nase gebildet? Sprach schon von vornherein die Grösse des Fremdkörpers dagegen, dass Pat. sich denselben selbst in die Nase hineingeführt, so hätte dieses doch nur in den ersten Lebensjahren unbewusst geschehen können, und wären dann sicher bereits in der Kindheit Beschwerden aufgetreten, was aber nicht der Fall war. So kam ich dazu, das gefundene Stückchen Eisen als primäre Ursache für die Bildung des Rhinolithen anznnehmen, zumal sich eine sehr annehmbare Erklärung für das Hineindringen des Eisens in die Nase fand. Vor zehn Jahren hatte Pat. bei einer groben Schlägerei als Soldat einen Messerstich am linken Augenwinkel erlitten und ist hiervon noch eine grosse Narbe zu sehen. Seit dieser Zeit datirt Patient auch seine Beschwerden, und ist wahrscheinlich damals die Spitze der Messerklinge abgebrochen und in die Nase hineingekommen. Sollte sich nun aber innerhalb der Nase diese Menge und noch mehr Schwefeleisen gebildet haben, so setzt dies eine starke Schwefelwasserstoff-Bildung in der Nase voraus. A priore kann man ja annehmen, dass überall, wo Eiweiss fault, wie es in der Nase bei eitrigen Processen der Fall ist, sich auch Schwefelwasserstoff findet. In den einschlägigen Büchern suchte ich aber vergebens nach positiven Angaben hierüber, wie denn überhaupt von der Chemie der Nasensecrete nichts bekannt ist, kaum dass man die Reaction[2]) des Nasenschleims angegeben findet. Die mangelhafte Kenntniss der Chemie der Nasensecrete ist leicht erklärlich, wenn man bedenkt, dass zur Untersuchung immer nur geringe Mengen zu Gebote stehen und man der Nase überhaupt erst in unserer Zeit mehr Aufmerksamkeit schenkt. Der Nachweis, dass bei vielen pathologischen Processen Schwefelwasserstoff in der Nase gebildet wird, ist leicht zu erbringen. Führt man einen mit Bleiacetat getränkten Wattetampon bei Vorhandensein von Eiter in die Nase, so wird er oft schon in einigen Stunden intensiv

[2]) Dieselbe ist nach meinen Untersuchungen in normalen Fällen stets, in pathologischen auch fast stets alkalisch.

Digitized by Google

schwarz gefärbt; handelt es sich um eine Kieferhöhlen-Eiterung, so tritt die Schwarzfärbung besonders stark und zuerst in der Mitte der Tampons ein, also an jener Stelle, wo die Gase gerade aus dem Hiatus semilunaris kommen. Noch intensiver wird diese Schwarzfärbung, wenn man in eine eröffnete, aber noch fötid eiternde Kieferhöhle mit Bleiacetat getränkten Mull hineinbringt; in 24 Stunden ist der Mull in Folge des entstandenen Schwefelbleis pechschwarz gefärbt. Nicht bei allen Eiterungen lässt sich Schwefelwasserstoff nachweisen, vor Allem auch niemals bei der reinen genuinen Ozaena; in zwei Fällen von zunächst scheinbar reiner Rhinitis atrophica c. Ozaena, bei denen eine Schwarzfärbung eintrat, handelte es sich in der That um eine Combination mit einer Nebenhöhlen-Eiterung. Ueber die weiteren Ergebnisse dieser Untersuchungen, die gelegentlich auch differential-diagnostisch verwerthbar sind, werde ich an anderer Stelle berichten. Bei der Erklärung des Zustandekommens des Rhinolithen interessirt uns ja nur der Nachweis, dass überhaupt Schwefelwasserstoff gebildet wird, der nun mit dem Eisen unter Freiwerden von Wasserstoff Schwefeleisen bildet. Würde der Process, der bereits zehn Jahre gedauert hatte, nicht durch die vorzeitige Entfernung behindert worden sein, würde sicherlich im Laufe der Zeit das noch übrig gebliebene Eisen auch in Schwefeleisen verwandelt worden sein. Dann würde die Erklärung der Aetiologie noch viel schwerer geworden sein und die Zahl der Rhinolithen ohne einen Fremdkörper als Kern wäre um einen reicher geworden. Man wird also in ähnlichen Fällen daran denken müssen, ob nicht ein fehlender Kern durch einen chemischen Process umgewandelt ist. Aus der Vergleichung des chemischen Verbindungsgewichts des Eisens (56) mit dem des Schwefels (32) ist es leicht zu berechnen, dass das demonstrirte Eisenstückchen ca. 15 Mal so gross gewesen sein muss, um diese Menge, nämlich 1,2 g Schwefeleisen zu bilden.

Künstliche Entfernung eines einen Kirschkern enthaltenden Rhinolithen.

Von

Dr. **Rothenaicher**, Assistenzarzt I. Klasse in Passau.

Mathias T. giebt an, er habe vor ca. zwei Monaten leichte Schmerzen im linken Ohre bekommen, seit jener Zeit bestehe ein beständig dumpfes Gefühl in demselben. Ausserer Gehörgang durch Ausspülungen und Oeleinträufelung macerirt. Trommelfell ist mattgrau. Beim Versuche, den Catheter einzuführen, stosse ich auf ein Hinderniss. Die Betastung mit der Sonde ergab im unteren Nasengange im mittleren Drittel einen rauhen, harten Fremdkörper. Auf Befragen theilt der Mann mit, dass er seit einem Jahre sehr viel üblen Ausfluss habe, er hielt es aber für einen langwierigen Catarrh. Auch aus dem Munde musste er öfters grünlichen Eiter ausspucken. Der Stein war wenig zu sehen. Nach genauer Bestimmung der Lage ging ich mit der Zange ein, um ihn soviel als möglich zu verkleinern. Ich konnte dann mehrere

Digitized by Google

Stückchen herauswischen. Nach Stillung der Blutung ging ich mit einer hakenförmigen Sonde hinter den Stein und hebelte denselben heraus, nachdem ich die untere Muschel mit 10proc. Cocainlösung bestrichen. Das Corpus delicti ist ein Kirschkern, über dessen Hineinkommen in die Nase der Pat. nichts wusste.

Nach Beendigung der Operation theilte mir derselbe noch mit, dass er früher immer sehr munter gewesen sei, seit einiger Zeit aber an Trübsinn leide.

Uhr am linken Ohre anliegend gehört, nach der Operation, nach Catheterisirung 2 cm.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. Januar 1897.

Vorsitzender: Prof. Politzer.
Schriftführer: Doc. Dr. Pollak.

1) Prof. Gruber: Zur operativen Behandlung des Cholesteatoms im Schläfebein.

Gr. stellt einen Mann vor, dem er ein Cholesteatom des Schläfebeins auf operativem Wege entfernte und den üblen Folgen eines etwaigen Recidivs durch Offenhalten der Wundhöhle in der Gegend des Warzenfortsatzes vorbeugte.

Der 25jährige, etwas schwächliche Kranke wurde in seinem fünften Lebensjahre von einem linksseitigen Ohrleiden befallen, welches mit Otorrhoe einherging, die seit jener Zeit nie vollkommen sistirte. Vor 5 Jahren überstand er während seiner Militär-Dienstzeit eine Rippenfellentzündung, welche weiter keine Spuren zurückliess. Sein Ohrleiden machte ihm keine Beschwerden, bis sich 14 Tage vor seiner Aufnahme auf die Klinik (30. Januar 1896) unter Fieber mit starken Kopfschmerzen, Ohrensausen und heftiger Druckempfindung in der linken Ohrgegend eine Anschwellung in der Warzengegend einstellte.

Bei seiner Aufnahme betrug seine Körpertemperatur 39°, Puls 108. Im rechten Ohre, sowie in allen Organen nichts Krankhaftes nachzuweisen.

Das linke Ohr zeigte folgenden Befund: Aeusserer Gehörgang durch Hereinragen der Weichgebilde der hinteren oberen Wand verengt, mit schmierigen weissen Massen (macerirte Epidermis) erfüllt, deren Ausspritzung nur unvollkommen gelingt, wodurch auch die Details in der Tiefe nicht genau zu erkennen sind. Ueber dem Warzenfortsatze eine nussgrosse, fluctuirende Geschwulst, über welcher die Haut livid verfärbt erscheint. Hörvermögen für die Uhr aufgehoben, beim Weber'schen Versuche wird der Ton im kranken Ohre gehört.

Am 31. Januar 1896 wurde zur Operation geschritten. Ein 7 cm langer Schnitt durchtrennte die Weichgebilde hinter dem Ohre, worauf sich eine beträchtliche Menge übelriechenden jauchigen Eiters entleerte. Nach Freilegung des Operationsfeldes in der üblichen Weise wurde beiläufig in der Mitte des Warzenfortsatzes mit der Sonde eine sehr

Digitized by Google

kleine Knochenlücke entdeckt, welche in einen in die Tiefe dringenden Fistelcanal führte. Es wurde nun die feste Corticalsubstanz weggemeisselt und eine Höhle eröffnet, welche durchwegs mit Cholesteatom erfüllt war. Nach Ausräumung dieser Substanz hatten wir eine Höhle vor uns, welche 3 cm tief war, einen Breitendurchmesser von $2^1/_2$ cm zeigte und durch das erweiterte Antrum mit der Trommelhöhle communicirte. Es wurde nun kräftig irrigirt, wobei die in den äusseren Gehörgang gespritzte Flüssigkeit in weitem Strahle durch die Operationshöhle, und von dieser Höhle aus eingespritzt, ebenso leicht durch den äusseren Gehörgang abfloss.

Hierauf wurde das Operationsfeld nach allen Richtungen genau untersucht und Alles entfernt, was nur irgendwie als schädlich erkannt wurde. Die grosse Höhle am Warzentheile war schliesslich gegen die Schädelhöhle hin theilweise von der Dura mit einem Theile des Sinus sigmoideus begrenzt, da sich aber eine Erkrankung des letzteren durch kein Symptom verrieth, so fühlte man sich auch nicht bestimmt, im Augenblicke operativ einzugreifen.

Es wurde nun ein entsprechender Jodoformverband mit Tamponade der Höhle angelegt und der weitere Verlauf sollte zeigen, ob noch ein operativer Eingriff vorzunehmen sei.

Die nächsten zwei Tage war die Temperatur noch 38,5°, der Kranke fühlte sich aber bedeutend erleichtert.

Am dritten Tage nach der Operation war er ganz afebril.

Beim ersten Verbandwechsel am vierten Tage nach der Operation ist die Wunde etwas missfarbig, der spärliche Eiter übelriechend, Allgemeinbefinden sehr gut.

Bei dem zwei Tage später vorgenommenen Verbandwechsel ist die Wunde ganz rein, spärlich secernirend. Eiter geruchlos.

Das normale Allgemeinbefinden dauert in der Folge an, doch zeigt die Wunde keinen nennenswerthen Heiltrieb, so dass die Höhle sich nicht verkleinert. Schliesslich hört die Eiterbildung ganz auf und der Kranke wird am 13. März, also nach einer nahezu 6wöchentlichen Behandlung, mit der Weisung entlassen, sich in kurzen Intervallen an der Klinik vorzustellen, um ihn noch weiter zu beobachten.

Er kam auch von Zeit zu Zeit wieder und wir konnten beobachten, wie sich die Höhle mit einer Cuticula deckte, welche immer trocken blieb und mit Leichtigkeit abgezogen werden konnte. Die Häutchen bestehen hauptsächlich aus Faserstoffgerinnsel mit Epidermiszellen und spärlichen Cholestearincrystallen ohne eigentliches Cutisgewebe. Nach Wegnahme dieser Häutchen sind die Wandungen der Höhle trocken weisslich gefärbt. An kleinen Stellen zeigt sich etwas mehr Epidermis angehäuft. Der Sinus erscheint in der Wandung verdickt, bläulich. Nirgends eine Spur von Eiterung.

Durch das erweiterte Antrum, das mit trockner Epidermis ausgekleidet erscheint, kann man von der Operationshöhle aus in die Trommelhöhle sehen, wo man ganz genau die Details am Promontorium, welches noch theilweise mit rother Schleimhaut überzogen ist, erkennen kann, ebenso durch den äusseren Gehörgang, da das Trommelfell ganz zerstört ist. Hammer und Ambos fehlen.

Höchst interessant ist es, dass das Hörvermögen auf diesem Ohre

Digitized by Google

nach der Operation sich ausserordentlich gehoben hat. Er hört auf dem linken Ohre, wo er vor der Operation die Uhr weder in der Luftleitung, noch in der Knochenleitung hörte, nunmehr auf 45 cm in der Luftleitung und von jedem Punkte der betreffenden Schädelknochen.

Anschliessend an diese Demonstration spricht Gruber über die verschiedenen Methoden bei der Operation des Cholesteatoms. Nach seiner Ansicht kann man bei kleinen cholesteatomatösen Ansammlungen in der Trommelhöhle und selbst im Antrum mit der Wegnahme der Pars epitympanica in der grossen Mehrzahl der Fälle zum Ziele gelangen; bei grossen, im Warzentheile vorfindlichen Cholesteatomen sei die Eröffnung des Warzenfortsatzes und das Offenhalten der Höhlen dringend geboten. Anders stehe es aber mit der künstlichen Auskleidung der Höhle mit Cutis, wie sie von Siebenmann empfohlen ist. Gr. hält diese Transplantation weder für nöthig, noch für zweckmässig. In allen den Fällen, wo grosse Cholesteatome im Warzentheile vorhanden waren, zeigte sich der Heiltrieb um so geringer, je mehr Neigung zur Recidive bestand, so dass solche Höhlen von selbst offen bleiben und die Wandungen sich schliesslich mit Epidermis decken, oder es nimmt der Process den weiteren Verlauf: es bilden sich wieder cholesteatomatöse Massen, und dann nützt auch die Uebertragung der Cutisstücke nichts. In jedem Falle sollte man mit der Transplantation bis zu dem Zeitpunkte warten, wo man mit einiger Wahrscheinlichkeit von derselben irgend einen Erfolg zu erhoffen berechtigt ist. Gruber meint, die Fälle gehören gewiss zu den grössten Seltenheiten, wo eine solche Transplantation von Nutzen sein kann.

2) Prof. Urbantschitsch demonstrirt:

a) einen Fall von Radicaloperation mit besonders günstigem raschen Verlauf. Die Anamnese dieses Falles ist folgende:

Patientin, Josefine H., ist 45 Jahre alt, leidet seit ihrer Kindheit an Otorrhoe auf der rechten Seite, die sich gleichzeitig mit Eiterungsprocessen an verschiedenen Stellen, besonders an den Extremitäten, im zweiten Lebensjahre eingestellt hatte. 1878 wurde sie in Graz behandelt, worauf die Otorrhoe für einige Jahre sistirte. Jetzt fliesst das Ohr wieder seit dem Sommer. Pat. klagt besonders über rechtsseitigen Kopfschmerz, Schwindel, es wird ihr schwarz vor den Augen. Am 13. November 1896 wurde von U. die Radicaloperation vorgenommen, und zwar in der typischen Weise: Entfernung der hinteren knöchernen Gehörgangswand, Eröffnung des Antrum mastoideum, Blosslegung des Atticus; die Gehörknöchelchen, von denen besonders der Ambos Zeichen von Caries trägt, wurden entfernt, die Paukenhöhle und das Antrum, die mit Granulationen und Eiter erfüllt sind, ausgekratzt, der häutige Gehörgang geschlitzt (und zwar in der Weise, dass ein grosser Streifen der oberen Gehörgangsweichtheile in das Antrum transplantirt wurde) und die rückwärtige Wunde vernäht. Nach 8 Tagen erfolgte der erste Tamponwechsel; in diesem Falle versuchte U., ob es möglich wäre, ohne die von ihm gewöhnlich vorgenommene Druckbehandlung auszukommen, und es gelang ihm in der That, indem sich ein Verlauf ohne die gewöhnlich eintretenden Granulationen und ohne starke Eitersecretion einstellte. Gegenwärtig ist die Höhle bereits mit einer schönen glatten Narbe

Digitized by Google

ausgekleidet und zeigt keinerlei Secretion, und zwar bereits seit drei Wochen.

b) einen Fall mit subduralem Abscess.

Josef K., 38 Jahre, leidet seit 6 Jahren an rechtsseitiger Otorrhoe, verbunden mit Kopfschmerzen und Schwindel, die sich 8 Tage vor der Operation, nach Extraction eines Polypen, verloren haben. Die Operation wurde am 20. November 1896 vorgenommen. Es fand sich ein relativ kleines Antrum mastoideum, mit Granulationen erfüllt. Die Dura mater wurde nach hinten oben blossgelegt und war an einer kleinen Stelle zerrissen. Die Paukenhöhle war ebenfalls voll von Granulationen. Von den Gehörknöchelchen zeigte der Ambos Caries an beiden Schenkeln, vom Hammer war nur der Kopf vorhanden.

Am 30. November klagt Patient über furchtbare Kopfschmerzen und beim Tamponwechsel fliesst aus dem obersten Theil der Wunde, der Gegend des Tegmen tympani, wo die Dura blass war, eine grosse Menge Eiter nach, worauf sich der Patient erleichtert fühlt.

Da in der Höhle kein Recessus übrig gelassen war, in dem sich der Eiter hätte ansammeln können, musste angenommen werden, dass der Eiter aus einem Abscess in der Schädelhöhle, ausserhalb der Dura stamme. U. liess eine 10proc. Emulsion von Jodoform in Glycerin in die Wunde einträufeln, und zwar soviel, bis die Höhle damit erfüllt war, die Emulsion dann durch 10 Minuten einwirken. Dies wurde drei Wochen hindurch jeden zweiten Tag wiederholt, worauf die Eitersecretion, die im Anfang immer sehr stark war, allmählich schwand, um zuletzt ganz aufzuhören. Zu gleicher Zeit besserte sich auch das Befinden des Patienten, der gegenwärtig ganz frei von Schmerzen ist.

Anschliessend an diesen Fall möchte U. noch drei Fälle aus seiner Praxis erwähnen, wo er ebenfalls Eiterungen mit Jodoformemulsion behandelte.

In einem Falle handelte es sich um eine tuberculöse Affection des rechten Ohres mit Bildung eines Senkungsabscesses im Pharynx. Wenn man auf diesen einen Druck ausübte, so strömte massenhaft Eiter aus dem äusseren Gehörgang.

U. liess nun den Abscess durch Druck entleeren, dann die Emulsion in den Gehörgang giessen und nun durch allmähliches Nachlassen des Druckes die Emulsion in den Abscesssack aspiriren. Der Abscess kam vollständig zur Ausheilung — die Patientin ging einige Monate später an Wirbelcaries zu Grunde.

In einem andern Falle handelte es sich um einen Senkungsabscess, der vom Processus mastoideus sich längs der Gefässscheide zwischen Carotis und Jugularis nach abwärts erstreckte. — Die Sonde konnte durch eine Fistel am Proc. mast. 6 cm weit vordringen. Auch hier behandelte U. in derselben Weise mit Jodoformglycerin und es kam zu vollständigem Verschluss und Verödung des Sackes. Pat. stellte sich ein Jahr später vor und war vollkommen gesund.

Im dritten Falle handelte es sich ebenfalls um einen Abscess, der bereits Fluctuation zeigte; durch Druck auf den Proc. mastoideus entleerte sich der Eiter hinter der Nische der Fenestra rotunda. Der Patient weigerte sich entschieden, einen operativen Eingriff vornehmen

Digitized by Google

zu lassen — und so behandelte ihn U. ebenfalls mittelst Jodoformemulsion. Es trat auch in diesem Falle vollständige Genesung ein.

c) einen Fall von Schussverletzung des rechten Ohres. Patient, Josef Cz., 54 Jahre alt, hat am 11. Juli 1896 in volltrunkenem Zustand zwei Revolverschüsse gegen die rechte Schläfenseite abgefeuert. Am Abend kam Patient erst zu sich und bemerkte als erste Empfindung, dass sich Alles „wie auf einem Ringelspiel" um ihn herumdrehe, ausserdem ein Gefühl von Sausen und musikalischen Tönen auf der rechten Seite, dann starken Schwindel. Als U. den Patienten zuerst sah, war der Facialnerv auf der rechten Seite gänzlich gelähmt, das Gehör vollkommen gestört. Durch den Gehörgang konnte man ein Projectil in der Paukenhöhle nachweisen, zu gleicher Zeit war starke Eiterung aus dem Ohre aufgetreten.

Am 23. October kam Pat. zur Operation. Das Projectil zeigt sich nach Losmeisselung der hinteren Gehörgangswand in der Paukenhöhle eingekeilt, in mehrere Theile zertrümmert. Der grösste Theil liegt gegen den Boden nahe der vorderen Wand des Cavum tympani gegen den Canalis caroticus festgekeilt und wird nur mit grosser Mühe von dort weggehebelt. Das Promontorium zeigte sich in diesem Falle ebenso wie in dem vor einem Jahre von U. demonstrirten Falle eingedrückt.

Gegenwärtig steht Patient noch in Behandlung und es stösst sich noch ein Sequester von der hinteren Wand los.

3) Dr. Panzer stellt einen Fall von Radicaloperation vor, der durch verschiedene Complicationen, die sich während der Nachbehandlung einstellten, bemerkenswerth ist: Marie G., 16 Jahre alt, leidet seit ihrer Kindheit an linksseitiger Otorrhoe, hatte früher zeitweise Kopfschmerzen, die seit Februar 1896 ständig geworden sind und sich besonders in Schmerzen in der Stirn- und Schläfengegend äussern. Dabei besteht Schwindel, besonders beim Bücken, es wird ihr schwarz vor den Augen, Alles dreht sich im Kreise, Uebelkeiten treten manchmal auf, aber nicht so häufig, wie die Kopfschmerzen. Zwei Nächte vor der Operation erwachte sie plötzlich aus dem Schlafe, wusste Nichts, was um sie vorgehe, schrie einige Mal laut auf und kam erst eine Viertelstunde nachher wieder zu sich.

Am 1. August 1896 nahm P. die Operation vor; er machte hinter der Ohrmuschel einen etwa 7 cm langen Schnitt, der die Weichtheile, Haut, Muskel und Periost durchtrennte, legte den Processus mastoideus klar, löste die Anheftung des Gehörganges an den Knochen und entfernte nun zunächst in schalenförmigen Stücken die hintere knöcherne Gehörgangswand bis zur Insertion des Trommelfells, sodann das Os epitympanicum vom freien Rand her, bis der Atticus mit den Gehörknöchelchen frei zu Tage lag. P. entfernte sodann die letzteren, von denen sich besonders der Hammerkopf als cariös erwies, während der Ambos geringe Veränderungen an seinen Fortsätzen zeigte, entgegen dem gewöhnlichen Befunde, bei dem die hauptsächlichste Erkrankung am Ambos zu finden ist. P. räumte sodann die Paukenhöhle von den Granulationen aus und eröffnete nun breit das Antrum mastoideum, welches ebenfalls mit Granulationen erfüllt war und dessen Wände

Digitized by Google

sich als cariös erwiesen. Dann schlitzte er den häutigen Gehörgang und tamponirte die Höhle mit Jodoformgaze.

Zwei Stunden nach der Operation zeigte sich eine Parese des Mundtheiles des Facialnerven, die binnen zwei Tagen allmählich zu einer vollständigen Paralyse unter Uebergang auf den Augen- und Stirnast sich entwickelte. Die Gesichtslähmung hielt von dem Tage der Operation etwa zwei Monate lang an, ging dann allmählich in eine Parese über und verschwand völlig im Laufe eines weiteren Monats. Zu gleicher Zeit begann Patientin am 10. September — also 6 Wochen nach der Operation — über Schmerzen in der Ohrmuschel zu klagen. Dieselbe fühlte sich heiss an, wurde roth, geschwollen und es entwickelte sich unter heftigen Schmerzen, steigender Schwellung, Oedem der umgebenden Haut bis auf die Wange eine grosse Geschwulst, welche die ganze Ohrmuschel einnahm und dieselbe in einen plumpen, intensiv gerötheten, kindsfaustgrossen Lappen verwandelte. Die Pat. hatte Fieber bis 39,5. Umschläge mit Liq. Burowii brachten ihr nur wenig Erleichterung. Es handelte sich um eine Perichondritis an der Ohrmuschel. Mehrere Incisionen an der hinteren Fläche förderten einigen Eiter zu Tage, ohne jedoch die Geschwulst zur Abschwellung zu bringen. Erst eine grosse tiefe Incision an der vordern Fläche der Ohrmuschel eröffnete den Eitersack und die Geschwulst collabirte, während zu gleicher Zeit die Schmerzen aufhörten.

P. tamponirte mit Jodoformgaze und wechselte den Verband jeden Tag, bis nach sechs Wochen die Eitersecretion gänzlich aufhörte und die Ohrmuschel in ihrem Knorpel schrumpfte und sich eine verkrüppelte, verkleinerte Ohrmuschel bildete, wie sie Patientin jetzt aufweist. Unterdessen war auch der Befund in der Wundhöhle des Mittelohres immer günstiger geworden, es zeigte sich immer weniger Secretion, die Granulationsbildung hörte auf und gegenwärtig zeigt Pat. eine vollständig glatte, mit einer festen Narbe ausgekleidete Höhle ohne jedwede Secretion.

Discussion:

Dr. Kaufmann fragt, ob Perforation der Shrapnel'schen Membran vorhanden und welcher Theil des Hammers erkrankt war.

Dr. Panzer: Der otoskopische Befund vor der Operation zeigte eine grosse Perforation im unteren Abschnitt des Trommelfelles mit starker Eitersecretion und Granulationen in der Paukenhöhle; die Shrapnel'sche Membran selbst war intact.

4) Prof. Politzer: Vorstellung eines Falles von Cholesteatom des Mittelohrs mit pyämischen Erscheinungen, geheilt durch die operative Freilegung der Mittelohrräume.

Bei einer 30jährigen Frau, die in der Kindheit an rechtsseitiger Otorrhoe litt, traten am 8. November v. J. heftige Schmerzen und am folgenden Tage Ohrenfluss auf. Fünf Tage später stellten sich Schüttelfröste ein, welche sich in den nächsten Tagen wiederholten.

Bei ihrer am 22. November erfolgten Aufnahme fand sich der Gehörgang weit, kaum feucht, das narbig veränderte Trommelfell zeigt hinten und oben eine 3—4 mm grosse, mit Epithelmassen ausgefüllte Lücke, durch die man mit der Sonde bis zum Aditus ad antrum vordringen kann. W. F. äusserlich normal. Druckempfindlichkeit ent-

Digitized by Google

sprechend der Gegend der Vena jugularis. Die Stimmgabelprüfung ergiebt die charakteristischen Merkmale eines Schallleitungshindernisses. Flüstersprache wird auf $^2/_3$ m, laute Sprache auf 2 m Distanz verstanden.

Da sich am Abend und am nächsten Morgen die Schüttelfröste mit einer Temperatursteigerung bis 40,1° wiederholen, so wird am 23. Mittags, in der Chloroformnarcose die operative Freilegung der Mittelohrräume ausgeführt. Hierbei fand sich die Corticalis äusserlich normal, und der W. F. in seiner Structur stark verdickt. Eröffnung des Antrum, in welchem reichliche durchfeuchtete Cholesteatommassen und Granulationen vorhanden sind. Beim Wegmeisseln eines Theiles der oberen, knöchernen Gehörgangswand wird die Dura an einer circa halbkreuzergrossen Stelle freigelegt. Abtragung der stark verdickten hinteren oberen knöchernen Gehörgangswand. Eröffnung der Trommelhöhle, welche ebenfalls Granulationen und Cholesteatommassen enthält. Gehörknöchelchen nicht aufzufinden. Ausräumung der im Attic und Mittelohre befindlichen Granulationen mit scharfem Löffel, Wegmeisseln der die Sinuswand umgebenden knöchernen Partie des Warzenfortsatzes, der deutlich pulsirende Sinus in einer Ausdehnung von mehr als $^1/_2$ cm freigelegt. Seine Wand im untersten Abschnitt etwas missfarbig. Irrigation mit Cresollösung. Spaltung der hinteren knorpeligen membranösen Gehörgangswand bis zur Concha. Plastik durch Annähen der beiden Gehörgangslappen an den oberen und unteren Wundwinkel.

Nach der Operation sank die Temperatur auf 36° und hielt das Wohlbefinden auch den ganzen folgenden Tag an. Erst am dritten Tage stieg die Temperatur Nachmittags auf 40,5, und stellten sich nach einem halbstündigen Schüttelfrost Hüsteln und Erbrechen ein. Die Untersuchung am folgenden Tage ergab als Ursache des Fiebers eine circumscripte capillare Bronchitis im unteren Lungenlappen, die in den nächsten Tagen mit dem Aufhören des Fiebers rasch zurückging.

Seither ist der Wundverlauf normal, die Kranke afebril, Allgemeinbefinden sehr gut, die schön granulirende Wunde wenig secernirend und dürfte dem gegenwärtigen Aussehen des Operationsfeldes nach die Epidermisirung des Wundcanals erfolgen.

P. ist der Ueberzeugung, dass in diesem Falle ohne operativen Eingriff der letale Ausgang durch Pyaemie in kurzer Zeit eingetreten wäre. Die Frage, ob in diesem Falle die Oeffnung am W. F. offen erhalten werden soll, ist entschieden zu bejahen, da nur dadurch die gründliche Entfernung der sich stets erneuernden Cholesteatomplatten ermöglicht wird.

Discussion:

Docent Dr. Gomperz hat das von Körner modificirte Verfahren der Panse'schen Plastik bei ihrem Bekanntwerden freudig begrüsst und in einer Anzahl von Radicaloperationen geübt. Gomperz erinnert auch an zwei Fälle, die er in der Gesellschaft vorgestellt hat, bei deren einem von Urbantschitsch die schöne Epidermisirung der neugebildeten Höhle besonders gelobt wurde.

Die weitere Controlirung seiner Fälle hat aber bei Gomperz die anfängliche Begeisterung für die Körner'sche Plastik sehr herab-

Digitized by Google

gestimmt. Sämmtliche Fälle, obwohl schön geheilt, recidivirten nach längerer oder kürzerer Zeit derart, dass sich in der Antrumgegend Krusten ansetzten oder Cholesteatommassen, die, wenn nicht bald entfernt, zu neuerlicher Eiterung führten. Dagegen fand Gomperz die neugebildete Epidermis in den mit retroauriculärer Oeffnung geheilten Fällen von Radicaloperation unvergleichlich widerstandsfähiger, und glaubt, dass die stete Berührung der neugebildeten Epidermis mit der atmosphärischen Luft das conservirende Moment für sie ist. So gerne er auch der Körner'schen Plastik in cosmetischer Hinsicht die Stange halten möchte, so scheint ihm der cosmetische Defect bei der retroauriculären Oeffnung nicht zu schwer in's Gewicht zu fallen im Verhältniss zur grösseren Sicherheit vor Recidiven.

Urbantschitsch meint, dass die Frage, ob man die Höhle schliessen solle oder nicht, noch nicht spruchreif sei, und wolle deshalb mit seinem Urtheile zurückhalten.

Gruber spricht sich dahin aus, dass man bei kleinen Cholesteatommassen die Höhle schliessen lassen dürfe, wenn Aussicht vorhanden ist, dass man frisch sich bildende vom Gehörgange aus erreichen kann; bei grossen Massen, wo der Warzenfortsatz weit ausgehöhlt ist, sei es immer gut, die Operationswunde nicht zu schliessen. Uebrigens lehre die Erfahrung, wie dies auch in dem von ihm demonstrirten Falle war, dass grosse Höhlen mit Cholesteatom, wenn man sie noch so gut ausräumt, sich nur sehr schwer schliessen und meist offen bleiben.

Urbantschitsch hat selbst grosse Höhlen schliessen lassen.

5) Prof. Gruber: Fractur des Schläfebeins durch Sturz auf den Schädel. Prof. Gruber demonstrirt das rechtsseitige Schläfebein von einem 31jährigen Manne, welcher Nachts in berauschtem Zustande auf der Gasse niederstürzte, mit der rechten Gesichtshälfte am Boden auffiel und so die Nacht über in berauschtem Zustande auf der Gasse liegen blieb. Als er am nächsten Morgen erwachte, spürte er starke Schmerzen im Kopfe und blutete aus dem rechten Ohr. Bei vollkommenem Bewusstsein kam er am selben Vormittage auf die Klinik, um Hilfe zu suchen.

Der kräftig gebaute Patient war afebril, der rechtsseitige N. facialis ist gelähmt. An der Stirne und an der rechten Ohrmuschel zeigten sich Blutunterlaufungen; aus dem rechten äusseren Gehörgange fliesst reichlich blutig-tingirte Flüssigkeit. Nach vorsichtigem Austrocknen des Gehörganges mit aseptischen Stoffen, zeigt sich das Lumen desselben bedeutend verengt, wodurch das Trommelfell nicht zu sehen ist. Die Verengerung ist zunächst durch Anschwellung der livid gefärbten Weichgebilde des Gehörganges erzeugt. Bei der Sondirung zeigt es sich, dass die Weichgebilde zum Theil durch extravasirtes Blut vom Knochen weggedrängt sind.

Beim Valsalva'schen Versuch hört man deutliches Perforationsgeräusch durch das zerrissene rechte Trommelfell. Der Kranke hört die Taschenuhr auf dem verletzten Ohre beim Berühren der Ohrmuschel und ebenso beim Berühren der betreffenden Knochentheile der rechten Seite; Stimmgabel c^2 rechts vor dem Ohre verkürzt, vom Knochen verlängert; Weber positiv.

Der Ausfluss der blutigserösen Flüssigkeit aus dem Gehörgange

Digitized by Google

ist sehr reichlich, so dass man im Verlaufe von drei Stunden 100 g davon zur chemischen Untersuchung übergeben konnte. Sie wurde als Lig. cerebro-spinalis erkannt.

Die Behandlung war die gewöhnliche antiphlogistische.

Am nächsten Tage wurde der Kranke von einem heftigen Schüttelfroste befallen; es stellte sich Erbrechen ein und er wurde somnolent. Im Verlaufe des Tages kam es zur Lähmung des rechtsseitigen Nerv. oculomotorius bei sonst normalem Augenspiegelbefund. Wegen heftiger furibunder Delirien mit grosser Unruhe musste der Kranke auf die psychiatrische Abtheilung transferirt werden, wo er zwei Tage später verschied.

Die Section zeigte ausgebreitete Meningitis purulenta. Die Dura mater zeigt sich am rechtsseitigen Schläfebeine an der oberen und hinteren Fläche durch extravasirtes, theils flüssiges, theils geronnenes Blut vom Knochen abgehoben. Das Schläfebein selbst fracturirt, und zwar läuft die Fissur in complicirter Form derart, dass der Schuppen-, Felsen- und Paukentheil davon betroffen wird. Sie beginnt sehr fein, kaum wahrnehmbar, am unteren Drittel der Schuppe, wo sie die obere Wand des äusseren Gehörganges durchtrennt, setzt dann auf die obere Fläche des Felsentheils über, wo sehr bald eine zweite Fissur von ihr abzweigt, um ein ungefähr 1,5 cm langes und 5 mm breites viereckiges Stück aus dem Tegmen tympani derart zu umziehen, dass es nur nach hinten und aussen mit dem übrigen Knochen in Verbindung steht. Die Hauptfissur zieht dann gegen die Spitze des Felsentheils, durchtrennt den Knochen am vorderen Abschnitte des letzteren in seiner Totalität, erreicht dann auch noch die untere Wand des knöchernen äusseren Gehörgangs, die sie durchzieht. Die Weichgebilde des äusseren Gehörgangs sind durch Blutaustritt vom Knochen abgedrängt. Das Trommelfell zeigt einen von vorne unten nach hinten oben laufenden, etwa 6 mm langen bogenförmigen Riss, welcher am vorderen Quadranten beginnt und das Hammerende umgreifend am hinteren unteren Quadranten aufhört. Die Trommelhöhle ist auch an der Leiche mit Blut erfüllt. Da behufs weiterer Untersuchung der tieferen Gebilde einzelne Knochentheile zerstört werden müssen, demonstrirte der Vortragende den jetzigen Befund und behält sich vor, denselben nach vollendeter Untersuchung durch das noch Wissenswerthe zu ergänzen.

6) Prof. Politzer: Demonstration seltener anatomischer Varietäten im Gehörorgane.

Das erste Präparat zeigt eine starke Ausweitung der Fossa jugularis und eine $3^1/_2$ cm hohe und $2^1/_2$ cm breite ovale, scharf begrenzte Dehiscenz zwischen deren hinteren Wand und dem unteren Abschnitt des Canalis Fallopiae. Der N. facialis liegt hier in der ganzen Länge der Dehiscenz frei und ist nur von der Venenwand des Bulbus bedeckt. Solche Befunde sind in der Literatur nur wenig verzeichnet (Zuckerkandl). Eine Bedeutung für die Pathologie könnte eine solche Varietät nur dann annehmen, wenn bei einer septischen Phlebitis im Bulbus venae jugularis die Entzündung auf das Neurilem des Facialis übergreifen würde, wobei das Krankheitsbild durch eine Facialparalyse complicirt würde.

Digitized by Google

Das zweite normale Gehörpräparat zeigt eine Anomalie, wie sie P. bisher bei seinen zahlreichen Sectionen noch nicht beobachtet hat. Bekanntlich finden sich in der Trommelhöhle sehr oft Schleimhautfalten und -fäden zwischen Trommelfell, den Gehörknöchelchen und den Trommelhöhlenwänden in sehr variabler Form und Anzahl ausgespannt. An dem vorgezeigten Präparat sieht man einen verhältnissmässig stark entwickelten Bindegewebsstrang, welcher nahe an der Ansatzstelle der Tensorsehne an dem Hammergriff entspringt und von hier in schräger Richtung nach innen und hinten mit fächerförmigem Ansatze am Ambosstapesgelenke inserirt. Es ist dies deshalb bemerkenswerth, weil der M. tensor tympani und der M. stapedius Antagonisten sind. Das stark entwickelte sehnenförmige Band müsste demnach — die Art seiner Insertion in Betracht gezogen — bei isolirter oder combinirter Contraction der genannten Muskeln eine gegenseitige Hemmung bewirken.

7) Dr. Ferdinand Alt demonstrirt mehrere Präparate, die er gemeinsam mit den beim Caissonbaue in Nussdorf beschäftigten Aerzten der Klinik Hofrath von Schrötter's durch Thierversuche gewonnen hat. Es handelt sich um experimentell erzeugte Blutungen in das Mittelohr (Bulla), in die Schnecke und die Bogengänge bei Kaninchen, Meerschweinchen und Hunden, welche in einer zu diesem Zwecke gebauten pneumatischen Kammer einem Ueberdrucke von vier Atmosphären ausgesetzt wurden. Eine ausführliche Besprechung der hierbei in Betracht kommenden Verhältnisse bleibt einer demnächst erscheinenden Monographie vorbehalten.

8) Dr. Victor Hammerschlag demonstrirt einen von ihm angegebenen Apparat zur Anfertigung und Aufbewahrung von sterilisirten Wattetampons. Der Apparat besteht aus einer Glascasette mit gut schliessendem Metalldeckel. In der Casette befindet sich ein vernickeltes Metallgestell zur Aufnahme von 100 Glasröhrchen. Jedes Glasröhrchen ist etwa 5 cm lang, hat eine Lichtung von 3—3.5 mm Durchmesser und ist an beiden Enden abgeschmolzen. Die Anfertigung der Tupfer geschieht nun in der Weise, dass man mit vorher gut gereinigten Händen die zur Herstellung je eines Tupfers nöthige geringe Quantität Watte zwischen den Fingern einrollt, hierauf in ein Glasröhrchen hineinschiebt, worauf man durch mehrmaliges Umdrehen dem Tupfer die gehörige Form giebt. Das eine Ende des Tupfers muss so weit aus dem Glasröhrchen hervorstehen, dass es bequem mit der Pincette gefasst werden kann. Nachdem alle Glasröhrchen in dieser Weise beschickt sind, kommt das ganze Kästchen in einen Trockensterilisirofen, wie ihn jetzt jede chirurgische Klinik besitzt. Am nächsten Tage können die Tupfer als absolut keimfrei in Gebrauch kommen. Die Anwendung dieser sterilisirten Tupfer, statt der bisher üblichen, erst im Bedarfsfalle hergestellten, ist besonders indicirt zur Reinigung des Gehörganges vor einer grösseren Operation, sowie ganz besonders zum Auftupfen des Secrets bei acuten eitrigen Processen des Mittelohres, wenn es darauf ankommt, dass nicht direct durch die Behandlung pathogene Organismen zu dem Eiterherde gebracht werden, was bei Anwendung nicht gehörig sterilisirter Instrumente und Tupfer gewiss in vielen Fällen geschieht. Solche Apparate stehen bereits auf

Digitized by Google

den Kliniken der Herren Professoren Politzer und Gruber in Verwendung. Zum Schlusse erwähnt Dr. Hammerschlag, dass der Mechaniker des physiologischen Instituts, Herr Castagna, den completen Apparat zum Preise von 7 fl. herstellt.

II. Referate.

a) Otologische:

Beiträge zur Kenntniss des pathologisch-anatomischen Befundes im Mittelohr und in den Keilbeinhöhlen bei der genuinen Diphtherie. (25 Sectionsberichte.) Von Dr. Lommel in Basel. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde XXIX, 4.)

Bei den untersuchten Fällen handelte es sich stets um genuine, keine Scharlachdiphtherie; sämmtliche Fälle gehören derselben Epidemie (von 1896 in Basel) an. Nur in einem Falle erwies sich das Mittelohr intact, in allen übrigen bestanden in demselben Veränderungen, meist catarrhalischer Art, in etwa der Hälfte fand sich eitriger Inhalt in der Paukenhöhle, stets ohne Trommelfellperforation (cf. Rudolph, Ohrbefunde bei Masern, diese Monatsschrift 1896, Juniheft, pag. 275); nur zwei Mal bestand Diphtherie der Mittelohrschleimhaut (doch fehlt die bacteriologische und microscopische Untersuchung der Fälle). Die Erkrankung der Ohren war nur ausnahmsweise während des Lebens bemerkt worden, hauptsächlich der alarmirenden Allgemeinerscheinungen wegen, doch hätte auch eine Trommelfellinspection oft genug zu Täuschungen Veranlassung geben können, da die Trommelfelle vielfach nur äusserst wenig verändert waren. Das Antrum war meist weniger ergriffen als die Paukenhöhle. Interessant ist auch hier wiederum (ebenso wie bei der Masernotitis) das Verhalten der Tube; in 21 Fällen war die innere Schleimhautauskleidung der knorpeligen Tube normal, nur vier Mal entzündlich afficirt, dabei war das Mittelohr zwei Mal nur wenig, zwei Mal stark mit eitriger Entzündung betheiligt, in letzteren Fällen bestand heftige diphtheritische Nasenrachenaffection. In einem Falle war das Mittelohr frei geblieben, trotzdem sich auf dem Tubenwulste selbst eine diphtheritische Auflagerung befand. L. sieht daher auch die Mittelohrerkrankungen bei Diphtherie lediglich als eine selbstständige Affection an, die wie die Erkrankungen der Nieren, Milz etc. durch die directe Wirkung des Krankheitsvirus entstehen, nicht durch einfache Fortleitung durch die Tuben. Im Gegensatz zu der bekannten Bösartigkeit der Scharlachotitis ist der Verlauf der Mittelohrprocesse bei der genuinen Diphtherie demnach meist leicht und kein stürmischer. — Die Keilbeinhöhlen zeigten in 10 Fällen, in welchen sie bereits entwickelt waren, 3 Mal einfachen Catarrh, 3 Mal blutigen, nicht eitrigen Inhalt, 1 Mal eine Croupmembran.

Keller.

Digitized by Google

Eitrige Mittelohrentzündung; Abscess im Kleinhirn; Tod; Autopsie. Von Woodward in Amerika, Vermont. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXIX, 4.)

Ohne dass sich im Leben trotz der darauf gerichteten Aufmerksamkeit irgend welche Anzeichen für die Annahme eines Hirnabscesses hätten finden lassen, zeigte sich bei der Section die ganze linke Kleinhirnhälfte in einen grossen Abscess umgewandelt. Eine cariöse Stelle der linken hinteren Felsenbeinfläche mit subduralem Abscess war der Ausgangspunkt gewesen. Keller.

Ueber Behandlungsmethoden bei adhäsiven Mittelohrprocessen. Von Dr. Walther Vulpius in Weimar. (Arch. f. Ohrenh., 41. Bd., 1. H.)

Vulpius fand in Krankengeschichten vieler Myxoedemkranker die Angabe, dass eine stärkere Herabsetzung des Hörvermögens während des Krankheitsprocesses beobachtet worden war, die sich in den meisten Fällen gleichzeitig mit dem Allgemeinbefinden unter Schilddrüsenbehandlung und ohne locale Therapie wesentlich besserte. Da die Beeinträchtigung des Gehörorgans sich nicht als Theilerscheinung der allgemeinen psychischen Stumpfheit bei Myxoedemkranken darstellt, zumal die anderen Sinne nicht wesentlich beeinflusst erscheinen und die Schwerhörigkeit unter dem Bilde eines chronisch hyperplastischen Mittelohrcatarrhs auftreten soll, hat Vulpius die Schilddrüsentherapie bei den adhäsiven Mittelohrerkrankungen versucht und soll vielversprechende, in manchen Fällen sogar überraschend günstige Resultate damit erzielt haben. Alt.

Zur Wahrnehmung der Geräusche. Von Dr. Hermann Dennert in Berlin. (Archiv f. Ohrenh., 41. Bd., 2. H.)

Der Autor gelangte bei seinen Untersuchungen zum Schlussergebniss, dass vom streng physicalischen Standpunkte aus kein principieller Unterschied zwischen Klängen und Geräuschen bestehe, und dass es somit auch zur Wahrnehmung von Klängen und Geräuschen nicht verschiedener Nervenendapparate bedürfe. Dass Personen mit stark herabgesetztem Hörvermögen bisweilen noch einzelne Geräusche gut hören, führt Dennert darauf zurück, dass hohe oder tiefe Geräusche noch relativ gut gehört werden können, je nachdem hohe Töne relativ besser gehört werden als tiefe, oder umgekehrt, während das Hörvermögen in toto herabgesetzt ist. Durch einen einfachen, sinnreichen Versuch demonstrirt der Autor, dass Töne und Geräusche durch dieselbe Tonquelle und denselben Modus der Erzeugung entstehen und continuirlich in einander übergehen. Alt.

Ueber ein neues Verfahren zur Behandlung der Schwerhörigkeit beim chronischen Catarrh und nach Eiterungen der Paukenhöhle. Von Dr. Cohen-Kysper in Hamburg. (Zeitschr. f. Ohrenheilknnde XXIX, 4.)

Das Verfahren besteht in der Einspritzung Eiweiss lösender Fermente in die Paukenhöhle behufs Verdauung resp. Auflösung bindegewebiger, in den Fensternischen oder an der Gehörknöchelchenkette

Digitized by Google

haftender Stränge und Membranen, wie solche beim chronischen Mittelohrcatarrh sowie als Ausgang chronischer Ohreiterungen oft beobachtet werden und eine häufige Ursache dauernder Schwerhörigkeit darstellen. Tiefer greifende pathologische Veränderungen, speciell am Knochen, Kalkablagerungen, Gelenkankylose, Labyrintherkrankung, sind keine Objecte der Behandlung; auch die Mittelohrsclerose zeigt schlechte Resultate. Im Allgemeinen eignen sich nur solche Fälle, wo es sich um frühe Stadien der Schwerhörigkeit handelt und Flüstersprache mindestens noch am Ohr gehört wird; auch ist das Verfahren nur dann angebracht, wenn der Catheter nach genügender Anwendung erschöpft oder überhaupt wirkungslos geblieben ist. C. benutzt vorzugsweise Hundepepsin (zu beziehen aus dem chem. physiol. Institute von Dr. C. Enoch, Hamburg) und injicirt 2—3 deg mittelst einer eigens construirten Spritze (von Instrumentenmacher A. Dannenberg, Hamburg) durch das Trommelfell hinter dem Hammergriff im Bereich der oberen Hälfte desselben oder bei sichtbarem Ambosschenkel zwischen diesem und dem Trommelfellrand, um also den Steigbügelcomplex zu treffen. Chloroformnarcose ist dabei nicht immer zu umgehen. Bei grossem Trommelfelldefect nach abgelaufener Eiterung ist natürlich die Sache einfacher, es genügt, einige Tropfen nach der Steigbügelseite einzuträufeln und dieselben durch zweckmässige Lagerung des Kopfes eine Stunde dort zu belassen, nachdem das Ohr zur Vermeidung des Wärmeabflusses mit Watte verstopft ist. Diese Fälle eignen sich besonders zum Studium des ganzen Verfahrens, zumal wenn es sich um Narbengewebe in der Umgebung des Steigbügels handelt. Hierüber sagt Verf. Folgendes: „Zunächst geht aus diesen Fällen unzweideutig hervor, dass wirklich eine Verdauung von Narbengewebe stattfindet. Anders dürfte es kaum zu erklären sein, wenn in derartigen Fällen das Gehör unmittelbar nach Beendigung des Verfahrens etwa auf das fünffache der früheren Hörweite gelangt und — vor Allem — fortab dabei bleibt. Ferner stellte sich heraus, dass die Wirkung nicht nur sehr rasch eintritt, sondern auch sehr schnell erschöpft ist. Bereits nach $^1/_2$—1 Stunde ist gewöhnlich das mögliche Resultat erreicht, welches durch spätere Wiederholung meist nicht übertroffen wird. Es geht daraus hervor, dass das, was an angreifbaren Schallleitungshindernissen überhaupt vorhanden ist, nur ganz minimale Gewebsmassen sein können, wenn auch durch dieselben die Schallleitung ganz bedeutend erschwert sein kann." Bei Injectionen durch das Trommelfell kommt es zuweilen zu grösseren Reizerscheinungen, doch kann auch hier der Erfolg schon am Tage nach der Injection bemerkbar sein; meist aber tritt die Besserung erst nach 1—3 Wochen ein. Der Grad der Hörbesserung ist im Allgemeinen das 2—3fache der Weite für Flüsterprache. Auch bezüglich der Dauer des Erfolges hat der Autor im Allgemeinen günstige Resultate. Begleitende subjective Ohrgeräusche werden, wenn Gehörverbesserung eintritt, ebenfalls gebessert. Zum Schlusse hebt Verf. hervor, dass es sich allemal um einen therapeutischen Versuch handle, ein Erfolg mit Bestimmtheit in keinem Falle vorherzusagen ist.

Keller.

Digitized by Google

Casuistische Mittheilungen. Von Prof. A. Kuhn in Strassburg. (Zeitschrift für Ohrenheilknde XXX, 1.)

Im Verlaufe einer acuten linksseitigen Mittelohreiterung hatte das neben hohem Fieber, Schwindel und sonstigen Cerebralerscheinungen auftretende Symptom der anamnestischen Aphasie Veranlassung zur Annahme eines linksseitigen Schläfenlappenabscesses und zur Operation desselben gegeben, welche jedoch resultatlos verlief. Die Section ergab eitrige Meningitis und stellenweise Erweichung im Schläfenlappen. Der Fall ist auch dadurch bemerkenswerth, dass sich bei dem bis dahin stets gesunden 23jährigen Manne nach einer einfachen, nach Schnupfen entstandenen Mittelohrentzündung der Process in kurzer Zeit durch das Labyrinth und den hinteren Pyramidentheil zur Dura fortgepflanzt und die tödtliche Meningitis verursacht hatte.

Der zweite Fall ist dadurch in hohem Grade bemerkenswerth, dass es sich bei demselben um Lufteintritt in den Sinus transversus mit tödtlichem Ausgang handelt. Es war bei der 15jährigen Patientin, welche an echtem Cholesteatom des rechten Schläfebeins litt, der Warzenfortsatz eröffnet worden und sollte die hintere Wand der grossen Warzenfortsatzhöhle ausgeschabt werden, als plötzlich die Athmung stockte und der Tod der Patientin blitzartig eintrat. Da es sich um ein sehr schwächliches Mädchen gehandelt, bei dem die Untersuchung des Herzens schon zur Vorsicht bei der Chloroformnarcose gemahnt hatte, so machte der Unglücksfall ganz den Eindruck eines Chloroformtodes; an Luftembolie konnte um so weniger gedacht werden, als keine Sinusblutung aufgetreten war und auch das bei Lufteintritt in die grossen Venenstämme sonst auftretende schlürfende Geräusch gefehlt hatte. Die Section aber ergab, dass das Herzblut und das Blut in der Art. pulmonalis reichlich mit Luftblasen untermischt und der Lufteintritt durch eine Rissstelle im Sinus transversus erfolgt war. Das Cholesteatom hatte vom Warzenfortsatz aus im untersten Theile des Sulcus sigmoideus einen grossen Knochenspalt von 23 mm Länge gebildet, die Sinuswand selbst zeigte eine Oeffnung von 3 mm Länge, deren Ränder zackig und blutig gefärbt waren. K. erklärt sich den Zusammenhang so, dass in Folge des Druckes der Neubildung die Sinuswand brüchig geworden und deshalb schon bei leichter Anwendung des scharfen Löffels einriss. Zu einer Blutung aber kam es nicht, weil schon lange der Sinus durch das Cholesteatom comprimirt und blutleer geworden war. Dass aber entgegen der allgemeinen Erfahrung Lufteintritt in den Sinus erfolgte, dürfte sich vielleicht an der Hand der Versuche Genzmer's erklären lassen, welcher fand, dass eine Luftaspiration durch die Hirnblutleiter erfolgte, wenn die Thiere zuerst anämisch gemacht waren und dann Dyspnoe mit tiefen Inspirationsbewegungen erzeugt wurde. Im vorliegenden Falle war bei dem hochgradig anämischen Mädchen im Augenblick der Abmeisselung am Sinus sigmoideus die verletzte Sinuswand durch die Erschütterung abgehoben worden, wodurch das Lumen des Sinus klaffte; dazu kam nun der Umstand, dass kurz vor dem Unfalle Patientin sehr unruhig gewesen war und wiederholt tief inspirirt hatte. Keller.

Digitized by Google

La più antica Raffigurazione dell' otematoma. Nota del Prof. E. Morselli. (Bolletino delle malattie dell' orechio, della gola e del naso 1896, No. 12.) Uebersetzt von Dr. Kornél Lichtenberg.

Vor kurzer Zeit mich in Rom aufhaltend, habe ich nach alter Gewohnheit die Gallerien und Museen besucht, und begab ich mich zu allererst zum neuen archäologischen Museum der Thermen von Diocletian, gegründet, wenn ich nicht irre, im Jahre 1890 durch Minister Boselli.

Da fand ich unter anderen Schätzen der Kunst, die jeder Aesthetiker kennen sollte, vielleicht die älteste plastische Darstellung einer Verletzung des äusseren Ohres, deren Pathogenese stets Gegenstaud der Discussion war und es auch gegenwärtig noch ist. Ich meine das Othämatom, welches wir Psychiater so häufig in den Irrenanstalten beobachten, namentlich bei den armen paralytischen Narren, und welches neuerdings von Pellizzi mit einer durch Streptococcen verursachten localen Infection in Verbindung gebracht wurde.

Im Saale III, im oberen Stock dieses Museums, befinden sich unter Nummer 2 und 6 zwei überraschend wunderbare Broncestatuen, welche nach dem Catalog bei dem Neubau des Teatro Nazionale in Rom am Anfange der Via Nazionale gefunden wurden. Die erste stellt einen Monarchen dar, aus hellenischer Zeit, in heroischer Stellung; die andere einen Athleten oder Gladiator in etwas übernatürlicher Grösse. Er ruht soeben vom Kampfe aus oder ist in Erwartung der Wiederaufnahme desselben. Hände und Arme sind mit Manchetten aus hartem Leder geschützt; in sich zusammengekauert, mit gebeugten Knieen, den Kopf nach vorwärts, ist er ein Bild wehmüthiger Resignation. Man scheint den erschreckt, beschleunigten Athem zu fühlen und beinahe auch die Seufzer des Schmerzes.

Es ist der Verismus, der uns ergreifend bei dieser Statue packt. Nie hat uns griechische Kunst ein Werk von mehr realistischer Factur überliefert, und ich wünsche, dass unsere Künstler sich daran begeistern mögen.

Der Athlet ist reiferen Alters, mit gut entwickelter Musculatur, von nicht übertriebener Robustheit. Offenbar ist er schon unterlegen, oder er wird es bald sein; das zeigen die Contusionen, die Wunden und Narben, mit denen die nicht bekleideten Theile seines Körpers bedeckt sind. Ein fürchterlicher Schlag aus früheren Kämpfen hat ihm die Nase eingequetscht: dieselbe ist asymmetrisch, gebogen, mit einer tiefen Incisur unter der Glabella, wie wenn die Nasenbeine gebrochen wären. Im Gesicht sind Schwellungen, welche die Physiognomie entstellen. Aber die am meisten characteristische traumatische Blessur, welche, wie ich es weiss, weder bei den Antiken, noch den Modernen zu finden ist, bildet das Hämatom der linken Ohrmuschel.

Der unbekannte Meister musste ein wahres wirkliches Othämatom vor Augen haben, so gross ist die Promptheit, mit der er die höckerige Form der Geschwulst wiederzugeben verstand. Auch dass dieselbe an der linken Muschel sitzt, entspricht, wie wir wissen, der Wirklichkeit; bei den Irren mindestens, wo deren traumatischer Ursprung mit Unrecht geleugnet wird, befindet sich das Blutgeschwür immer auf der

Digitized by Google

linken Ohrmuschel, als an jener Stelle des Körpers, welche der Faust eines Gegners stets ausgesetzt ist, namentlich während einer Schlägerei.

Bemerkenswerth ist es nebstbei, dass der Künstler, beseelt von dem Wunsche, wahr darzustellen, auf jene idealen Formen der Schönheit verzichtet hat, welche die hellenischen oder dieselben nachahmenden Werke inspirirt hat. Unglücklicher Weise ist der Name des Autors nicht bekannt, denn sicherlich war das Werk auch in jener Zeit hochgeschätzt, wenn man dazu ein so kostbares Material, wie Bronce, verwendet hat.

Charcot, Richer, Meige und andere Neuropathologen der Salpétrière haben in den Werken der Kunst die mehr oder weniger idealen oder realistischen Darstellungen der menschlichen Gebrechen gesucht. Meine Zeilen, welche die Abbildung einer so bezeichnenden traumatischen Thatsache in den Vordergrund stellen, haben nur den Zweck, einen Beitrag zu liefern zur Geschichte der Beziehungen zwischen Kunst und Wissenschaft.

---

b) Rhinologische:

Ueber adenoiden Habitus. Von Dr. Victor Lange, Kopenhagen. (Berliner klinische Wochenschr. 1897, No. 1.)

Verf. unterscheidet neben der bekannten Gruppe von Kindern mit adenoidem Habitus bei vorhandenen adenoiden Vegetationen, bei welchen sämmtliche Beschwerden nach der Operation verschwinden, noch zwei andere Gruppen, solche, die nach der Operation ihren adenoiden Habitus auch nach Zuwarten von einem und mehreren Monaten nicht verlieren, und solche, die adenoiden Habitus zeigen ohne jede Spur von adenoidem Gewebe im Nasenrachenraum. Bei der ersten Gruppe sind die psychischen Symptome völlig erklärlich nach den bisher bekannten Theorien (Untersuchungen von Key und Retzius etc.), Ursache ist hier das mechanische Hinderniss im Nasenrachenraum; bei der zweiten und dritten Gruppe dagegen ist bisher noch keine richtige Erklärung gegeben. L. hat zwar bei einigen dieser Patienten mangelhafte Entwicklung des Cranium gefunden, besonders eine Abflachung im frontalen Theil, und schliesst daraus auf eine mangelhafte Entwicklung des Cerebrum.

Verf. hat Erfolge bei solchen Kindern erzielt mit fortgesetzter Anwendung von Arsenik, vor Allem legt er Gewicht auf die erziehliche Behandlung solcher Kinder (sie müssen „behutsam" behandelt werden) ev. Anstaltsbehandlung. Dr. S. L.

Torticollis in Folge von adenoiden Vegetationen und einer chronischen Mandelhypertrophie. (Torticolis dû à des végétations adénoides et à une hypertrophie chronique des amygdales.) Von Dr. Gillette. (New-York medical Journal und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 43.)

Contractur des rechten Sternocleidomastoideus schien seit der Geburt zu bestehen. In einem zweiten Fall bestand dieselbe Contractur links. Beide heilten nach der Operation. Dr. P. K.

Digitized by Google

Krankheiten der Thränenwege bedingt durch Affectionen der Nasenhöhlen. Von Dr. L. Lubliner. (Therapeut. Monatshefte 1896, No. 12.)

Nach Schilderung der Anatomie des Thränennasencanals und seiner Windung in der Nase giebt Verfasser das Resultat der Nasen-Untersuchung bei 94 Fällen von Erkrankungen der Thränenwege. In 89 Fällen lagen Nasenaffectionen vor. Rhinit. hypertr. in 34, Ozaena simpl. in 30, Rhinitis scrophul. in 8, Rhinit. catarrh. chronic. in 5, Degeneratio polyposa conch. inf. et med., Polypi mucosi in Meatu narium inf. in 5, Empyema antr. Highm. in 3, Lues nasi, Necrosis ossium in 2, Tuberculosis nasi in 1, Vegetationes adenoid. in 1 Fall. Die Erkrankungen können theils einen mechanischen Druck auf die Mündung des Thränennasencanals bewirken, theils unmittelbar per continuitatem auf den Thränennasencanal übergreifen.

In allen Fällen wurde durch gleichzeitige Behandlung von Nase und Thränennasencanal Besserung oder Heilung erzielt.

Verf. kommt daher zu dem Schluss, dass in allen Fällen von Thränenwegerkrankungen die Nasenhöhlen zu untersuchen und wenn nöthig zu behandeln sind. Dr. S. L.

Zur Therapie der genuinen Ozaena. Von Dr. Franz Bruck. (Berliner klinische Wochenschrift No. 3.)

Verf. beweist, dass der Gottstein'sche Tampon nicht etwa durch Abhalten der Respirationsluft und dadurch bewirktes Fernhalten der Verdunstung von den wasserarmen Secreten wirkt, sondern durch seine secretionsanregende und -aufsaugende Fähigkeit; daher auch ein alternirender Watteverschluss des einen Nasenlochs nicht genügt, bei dem man immer nur eine Wirkung vor dem Wattepfropf, nicht hinter ihm sieht.

Verf. schlägt dann, um statt einer temporären eine permanente Tamponade zu ermöglichen, eine kleine Modification des Verfahrens vor, indem er statt Wattetampons wandständig hydrophile Mullstreifen einführt, die zwar nicht gleich stark secretaufsaugend wirken, aber doch in der Hauptsache die Bedingungen der Tamponade erfüllen, zugleich aber die Nasenathmung noch frei lassen. Dr. S. L.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Pseudomembranöse Angina mit Streptokokken. (Angine pseudomembraneuse à streptocoques.) Von Dr. Gouguenheim. (Société médicale des hopitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 10.)

Vor Jahren schon haben Féréol, Hanot und Rendu auf tödtlich verlaufende Krankheitsfälle aufmerksam gemacht, welche von einem Halsleiden ausgingen. Verf. erzählt einen ähnlichen Fall, welcher mit der Diagnose Angina diphtheritica zur Tracheotomie in's Spital gebracht wurde, bei welchem sich aber durch die Eröffnung eines Larynxabscesses die Operation unnöthig erwies. Die Untersuchung des Pharynx ergab die klinische Diagnose der Diphtheritis, die bacteriologische Diagnose aber ergab nur Streptokokken. In der Folge traten Albuminuie,

Digitized by Google

eitrige Pleuropneumonie, Pleuritis, eitrige Entzündung der Sterno- und Humeroclaviculargelenke, eitrige Pericarditis mit tödtlichem Ausgange auf. Die Section nebst der histologischen Untersuchung sind genau beschrieben. Dr. P. K.

Die Angina mit Friedländer'schen Bacillen. (L'angine à bacilles de Friedländer.) Von Dr. Hebert. (Inauguralthese und Semaine médicale 1896, No. 57.)

Nicht mit Angina pseudomembranacea streptococcica (Salomon-Fränkel) zu verwechseln. Verf. stützt seine Beobachtungen nebst Schlussfolgerungen auf sechs theils von ihm selbst, theils von anderen Autoren gesehene Fälle. Meist subacut, ist sie seltener chronisch. Die bacteriologische Untersuchung, welche auf die gewöhnliche Art wie bei Diphtheritis ausgeführt wird, ist der Hauptstützpunkt für die Diagnose. Verf. will gewöhnliche klinische Symptome zur Differentialdiagnose verwerthen, wie verschiedene Grade von Fieber, verschiedenes Aussehen der Membranen u. s. w. Letzterer Versuch wird wohl ein Pium desiderium für immer bleiben und man fragt sich, wie oft der practische Arzt beim Anblick einer Pseudomembran an Friedländer'sche Angina wohl denken wird (der Referent). Die Prognose der Krankheit ist immer gutartig. Die Behandlung besteht in der Anwendung von Borsäure bei acuten, von Galvanocaustik, Chlorzink (10 pCt.), Jodojodurlösung (10 pCt.) und Chromsäure (5 pCt.) bei chronischen Fällen.
Dr. P. K.

Schattenseiten der Laryngotomia intercricothyroidea. (Des inconvénients de la laryngotomie intercricothyroidienne.) Von Dr. Lermoyez. (Société médicale des hôpitaux, séance du 6 Novembre 1896 und Semaine médicale 1896, No. 57.)

Wurde wegen Phthisis laryngea ausgeführt; einige Tage später traten die Erstickungsanfälle von Neuem auf, trotzdem Canüle und Trachea frei zu sein schienen. Plötzlicher Tod. Die Section ergab in der Trachea seitlich hinten ein Geschwür, welches zu einer Caverne führte und in welch' letztere das Ende der Canüle sich intermittirend festsetzte. Dieses Beispiel zeigt, dass, wenn auch die genannte Operation sehr leicht auszuführen ist, sie doch ihre Unannehmlichkeiten haben kann. Das Canülenende ist nämlich sehr beweglich nach der Laryngotomia intercricothyroidea, es kann sich in weiten Excursionen gegen die Larynxwand unterhalb der Stimmbänder festsetzen und so den Lufteintritt abschneiden. Dr. P. K.

Bohne in dem linken Bronchus eines Kindes. Betrachtungen über den Werth der klinischen Symptome der Fremdkörper in den obersten Luftwegen. (Fève dans la bronche gauche d'un enfant. Appréciation des symptômes cliniques fournis par les corps étrangers des premières voies aériennes.) Von Dr. Paul Koch. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 10.)

Ein neunjähriger Knabe bekam beim Spielen eine Bohne in den Larynx, welche nach einem heftigen Erstickungsanfall in den linken Bronchus gelangte und eine relative Ruhe eintreten liess. Da der

Digitized by Google

Bronchus nicht ganz verstopft war, liess die physicalische Untersuchung im Stich und es wurde angenommen, dass die Bohne in dem Darmtractus sich befinde, bis am zweiten Tage allgemeine und locale Symptome eine linksseitige Bronchitis nebst Lungeninfiltration erkennen liessen und durch die in Bewegung gesetzte Bohne Erstickungsanfälle hervortraten, welche Zeichen die Operation indicirten. Nach ausgeführter tiefer Tracheotomie trat Heilung per primam in der ganzen Wundfläche ein. Bemerkenswerth bei der kleinen Operation ist, dass nach derselben keine Canüle eingelegt, dass keine Knorpelnaht angelegt und die Muskelschicht mit der Haut in der ganzen Ausdehnung der Wunde vernäht wurde, so dass unter mittelmässigem Druckverband nebst totaler Ruhe des Larynx alles per primam heilte.

Selten ist, dass so grosse Fremdkörper in den linken, statt in den rechten Bronchus gelangen, und dass selbe trotz ihrer organischen Structur sieben Tage lang unter so günstigen Zersetzungsbedingungen intact bleiben können.

Bei der Kritik der verschiedenen Symptome der Fremdkörper in den obersten Luftwegen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Die Anamnese, genau festgestellt, ist und bleibt der zuverlässigste Stützpunkt bei der Diagnose; 2) die physicalische Untersuchung der Brustorgane nebst Laryngoscop lassen manchmal im Stich; 3) die Digitaluntersuchung, namentlich die des Larynxinnern, wozu der Arzt einen langen Zeigefinger haben muss, ist von grossem Nutzen; 4) der Grad der Intelligenz des betreffenden Patienten hilft viel zur Diagnose; 5) viele sogen. Lungenphthisen sind die Folge eines nicht diagnosticirten Fremdkörpers; 6) Blutspeien hat gar keinen Werth; ist es vorhanden, so darf man keinen Fremdkörper diagnosticiren; fehlt es, so darf man denselben noch nicht ausschliessen; 7) das supraclaviculäre und juguläre Hautemphysem ist ein sehr seltenes Symptom; 8) spontaner Schmerz beim Schlucken sind ebenso unsicher; man muss, namentlich bei nervösen Leuten, misstrauisch sein.

Glücklicher Weise ist in den meisten Fällen die Diagnose leicht, und wollte Verf. nur die Schwierigkeiten, welche in seltenen Fällen auftreten können, aufdecken. Die Kritik der Symptome wird am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

Notiz.

In den letzten Tagen wurde der Hörsaal der Heidelberger Ohrenklinik mit dem lebensgrossen Brustbilde weil. Prof. Moos' geschmückt. Das künstlerisch ausgeführte Portrait des um die Ohrenheilkunde hochverdienten Forschers ist ein Geschenk der Freunde des Verewigten, Prof. H. Knapp in New-York und Prof. A. Politzer in Wien, an die medicinische Facultät in Heidelberg.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Scheeh in **München.**
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. M. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompertz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. E. **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. Berlin, März 1897. No. 3.

I. Originalien.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Jos. Gruber in Wien.

Casuistische Mittheilungen.[1])

Von

Dr. **Ferdinand Alt**, Assistent der Klinik.

M. H.! In der vorletzten Sitzung der österreichischen otologischen Gesellschaft habe ich mir erlaubt, eine Patientin der Abtheilung des Herrn Hofrathes Drasche vorzustellen, bei welcher im Verlaufe einer subacuten Nephritis unter dem typischen Bilde des Morbus Ménière einseitige Taubheit aufgetreten war. Ursache und Wesen der Ertaubung konnten durch die gleichzeitig aufgetretenen, ophthalmoscopisch nachgewiesenen Blutungen in beide Netzhäute als Hämorrhagie in das Labyrinth oder den Hörnervenstamm ermittelt werden.

[1]) Vortrag, gehalten in der Sitzung der österreichischen otologischen Gesellschaft vom 9. März 1897.

Digitized by Google

Auch heute habe ich die Ehre, über einen Fall zu berichten, bei welchem die Diagnose und das ätiologische Moment einer Acusticusaffection durch den ophthalmoscopischen Befund sichergestellt wird.

Im Ambulatorium der Klinik des Herrn Hofrathes von Schrötter erschien ein 37jähriger, dem Potus ergebener Tagelöhner, der seit mehreren Wochen mit Zittern, Parästhesien, Schmerzen in den Armen und Beinen und mit intermittirendem Hinken behaftet war. Seit acht Tagen bestanden Seh- und Hörstörungen. Die Untersuchung des Kranken ergab die Diagnose einer alcoholischen Polyneuritis. Die Augenuntersuchung (Klinik Fuchs) ergab Neuritis optica retrobulb. chron. o. u. ex abusu alcohol. Der otiatrische Befund war folgender: Trommelfell beiderseits in Farbe, Glanz und Wölbung normal. Uhr links 17 cm, rechts 11 cm; Flüsterspr. links $^3/_4$ m, rechts $^1/_2$ m; laute Sprache bds. 4 m. Die auf den Scheitel aufgesetzte C_2 - Stimmgabel wird an der Ansatzstelle percipirt, Rinne bds. positiv mit beträchtlich verkürzter Kopfknochenleitung; C und C_1 werden gut, C_3 und C_4 nur stark angeschlagen percipirt. Nach Catheterismus und Lufteintreibung tritt keine Veränderung ein. Subjective Beschwerden, wie Kopfschmerz, Ohrensausen, Schwindel bestehen nicht.

Der normale Trommelfellbefund, das stark herabgesetzte Hörvermögen, die schlechte Kopfknochenleitung, die bessere Perception für tiefe Töne sprechen für eine nervöse Affection; die alcoholische Polyneuritis, die gleichzeitig aufgetretenen Seh- und Hörstörungen, von denen sich erstere als alcoholische Neuritis des Sehnerven erweisen, lassen es plausibel erscheinen, auch die Affection des Gehörorgans im Sinne einer alcoholischen Neuritis des Nervus acusticus aufzufassen.

Die Hilfsmittel, welche uns zur Diagnose der Labyrintherkrankungen zur Verfügung stehen, sind noch immer nicht ausreichende, so dass es wohl zweckmässig wäre, in jedem Falle von vermeintlicher Labyrinth- oder Hörnervenaffection die ophthalmoscopische Untersuchung vorzunehmen. Der Befund des Augenhintergrundes dürfte sich in vielen Fällen als ein wertvolles, unterstützendes Moment für die Diagnose erweisen.

II.

Die Versuche zur Anlegung einer künstlichen, persistenten Perforation des Trommelfells bei jenen Fällen von catarrhalischem Adhäsivprocess des Mittelohrs, welche mit unerträglichen subjectiven Beschwerden verbunden sind, haben keine befriedigenden Resultate ergeben. Alle Autoren, die sich mit diesem therapeutischen Versuche behufs eventueller Milderung der subjectiven Beschwerden und Verbesserung des Hörvermögens beschäftigten, haben das Offenhalten einer angelegten Trommelfelllücke als anstrebenswerthes Problem hingestellt. Politzer glaubt, dass der Verschluss der künstlichen Oeffnung nur verhindert werden könnte, wenn es gelänge, dieselben Verhältnisse herbeizuführen, welche in pathologischen Fällen das Offenbleiben der Perforationsränder bedingen, und dies werde nur durch Hinüberwachsen der Epidermis der äusseren Trommelfellfläche über den Perforationsrand in die Trommelhöhle bewirkt.

Ich möchte mir nun erlauben, über einen Fall von Otitis media

Digitized by Google

plastica, beziehungsweise Sclerose zu berichten, bei dem es auf der Klinik gelang, eine persistente Oeffnung des Trommelfells anzulegen, eine Besserung des Hörvermögens zu erzielen und die bestehenden, geradezu unerträglichen subjectiven Beschwerden zu mildern.

Ein 34jähriger Diener, der nie vorher ernstlich krank war, litt seit sechs Jahren an Schwerhörigkeit; seit drei Monaten klagte er über heftiges Ohrensausen, das er mit dem Heulen eines Sturmes verglich, und wurde zeitweilig von Schwindel befallen. Die Untersuchung des Gehörorgans ergab: Trommelfell beiderseits retrahirt, oberflächlich getrübt, Uhr beiderseits Null, laute Sprache rechts 30 cm, links in unmittelbarer Nähe des Ohres. Weber angeblich nach rechts, Rinne beiderseits negativ mit verlängerter Kopfknochenleitung. Der Kranke trat zunächst in ambulatorische Behandlung, die Therapie bestand in Catheterismus mit nachfolgender Injection von Vaselinum liquidum per tubam. Während der ambulatorischen Behandlung entstand zufällig im Anschlusse an eine Lufteintreibung eine stecknadelkopfgrosse traumatische Ruptur am hinteren, unteren Quadranten des rechten Trommelfells, zu der sich bei fortgesetzter Vaselinbehandlung eine minimale Otorrhoe gesellte. Seit dieser Zeit hörte das unerträgliche Sausen und Heulen rechts vollständig auf, die Perforation und geringe Otorrhoe blieben bestehen. Links war der Zustand ein unveränderter.

Um nun den rechts zufälliger Weise aufgetretenen pathologischen Process links künstlich herbeizuführen, wurde Pat. in den Krankenstand aufgenommen. Prof. Gruber führte eine bogenförmige Durchschneidung des linken Trommelfells am hinteren, unteren Quadranten aus, worauf sogleich Vaselinum liquidum per tubam injicirt wurde. Schon am nächsten Tage war auch links eine sehr geringe Otorrhoe aufgetreten, das Sausen, oder wie der Kranke es bezeichnete, das Heulen, hatte seinen Character geändert und einem milderen Pfeifen Platz gemacht. Eine kleine Quantität des Eiters wurde vom Rande der bestehenden Perforation unter den üblichen Cautelen entfernt und zur bacteriologischen Untersuchung dem pathologischen Institut überwiesen. Dieselbe wurde von Herrn Dr. Lindenthal ausgeführt und ergab: im Deckglas zwischen den Eiterzellen, nie intracellulär, sehr kurze, häufig coccenähnliche Stäbchen, scheinbar einer Art, einzeln, zu zweit oder in Haufen beisammen liegend, in jedem Gesichtsfeld in grosser Zahl. Die Cultur ergiebt, dass es sich thatsächlich um eine Art von Bacterien handelt und zwar um Kurzstäbchen mit zugespitzten Polen, die sich leicht mit allen Anilinfarben färben, die Gramm'sche Färbung annehmen, mit und ohne Luftzutritt bei Brut- und Zimmertemperatur wachsen, Gelatine nicht verflüssigen, weisses Pigment bilden, kein Gas produciren, scheinbar keine Dauerformen — Sporen — bilden und Milch nicht zur Gerinnung bringen.

Auf der Agarplatte bilden sie bereits nach 24 Stunden weisse, erhabene Pünktchen, die später grösser werden und ihrem Aussehen nach an Staphylococcus albus erinnern. In der Gelatineplatte zeigen die Culturen nach 48 Stunden kleine weisse Punkte, die in der Folge grösser werden, ohne die Gelatine zu verflüssigen.

Im Agarstich bilden sie einen erhabenen, weisslichen, zusammenhängenden Belag. Der Agarstich zeigt in seiner ganzen Ausdehnung

Digitized by Google

deutliches Wachsthum, das besonders stark an der Oberfläche ist, wo sich ein weisser, halbkugeliger, rosettenförmiger Kopf entwickelt. Im Gelatinestich ist nach 48 Stunden sichtbares Wachsthum längs des ganzen Stiches, mit schwach blassem Kopfe.

Bouillon wird schwach getrübt unter Ausscheidung eines weisslichen Bodensatzes. Auf Kartoffel findet nach 24 Stunden üppiges Wachsthum in Form eines weisslichen, erhabenen Belages statt. Der Bacillus ist für Kaninchen uud Mäuse nicht pathogen. Pathogene Bacterien wurden nicht nachgewiesen.

Die Otorrhoe beiderseits war eine so minimale, dass sie dem Kranken keinerlei Beschwerden verursachte und sofort sistirte, wenn wir mit den Vaselininjectionen aussetzten. Nach vierwöchentlicher Behandlung brachten wir die Otorrhoe zum Stillstand, beiderseits bestand eine trockene Perforation des Trommelfells, das Sausen hatte rechts vollständig aufgehört, links blieb ein mildes Pfeifen zurück, der Kranke hörte Conversationssprache rechts auf $1^1/_2$ m, links auf 30 cm.

Aus diesen Beobachtungen möchte ich mir erlauben, folgende Deductionen zu ziehen: In Fällen von catarrhalischem Adhäsivprocess des Mittelohrs mit unerträglichen subjectiven Beschwerden wird es durch Ausführung der Paracentese mit sofort nachfolgender Injection von Vaselinum liquidum per tubam häufig gelingen, eine harmlose, wahrscheinlich mechanische Eiterung zu erzielen, die dem Kranken keinerlei Beschwerden verursacht, die man jeder Zeit in der Hand hat, die man so lange bestehen lassen kann, bis die angelegte Paracentesenöffnung zur persistenten Lücke geworden ist, so dass hierdurch eventuell eine Besserung des Hörvermögens, oder aber eine Milderung der subjectiven Beschwerden herbeigeführt werden kann.

III.

Zum Schlusse erlaube ich mir über die Erfahrungen zu berichten, die seit $^3/_4$ Jahren an der Klinik meines verehrten Chefs mit Acidum trichloraceticum behufs Verschliessung alter Trommelfelllücken gesammelt wurden. Die Zahl der von mir mit diesem Mittel behandelten Fälle beträgt ca. 40, so dass ich beim Referate über dieselben von der Anführung specieller Fälle absehe und nur im Allgemeinen über dieselben berichte.

Als geeignet zur Behandlung mit Acidum trichloraceticum halte ich jeden Fall von trockener Perforation des Trommelfells, mit Ausnahme der Perforation der Shrapnell'schen Membran, der Perforation am hinteren, oberen Quadranten und der nahezu vollständigen Destruction des Trommelfells. Es erscheint jedoch nothwendig, sich durch vorherigen Verschluss der Lücke zu überzeugen, ob nicht durch den therapeutischen Effect eine Verschlimmerung des Hörvermögens droht, was in seltenen Ausnahmefällen eintreten könnte.

Im Gegensatz zu Okuneff und Gomperz habe ich nicht einen angeschmolzenen Säurecrystall, sondern eine concentrirte Lösung verwendet und dies aus folgenden Gründen: 1) reicht für den angestrebten Zweck eine concentrirte Lösung vollständig aus, 2) ist die Application der Säure in dieser Form eine so wenig schmerzhafte, dass man von einer vorhergehenden Anästhesirung mit Cocain absehen kann, 3) ist

Digitized by Google

es nicht nöthig, die von Okuneff empfohlenen nachträglichen Ausspülungen mit warmem Wasser auszuführen, zumal dies bei trockenen Perforationen etwas durchaus nicht Gleichgiltiges ist, 4) hat man durch einen frisch angeschmolzenen Säurecrystall überschüssiges Aetzmittel an der Sonde, und es kommt leicht vor, dass überschüssige Säure vom Perforationsrand nach abwärts fliesst, so dass nicht beabsichtigte Partien verätzt werden.

Zur Application der Säure benutze ich den Sondenknopf, während Okuneff eine ösenförmig endende Sonde und Gomperz eine mit Watte umwickelte Sonde benutzt.

Wenn die Perforation gross ist, etwa einen ganzen Quadranten einnimmt, kann man mit grosser Beruhigung jeden vierten Tag ätzen; ist die Perforation klein, empfiehlt es sich, nur ein Mal wöchentlich zu ätzen. Selbstverständlich muss man während dieser Therapie von jeder Lufteintreibung abstrahiren. Bei dieser Art der Anwendung des Acidum trichloraceticum habe ich nur zwei Mal ganz harmlose Eiterungen auftreten gesehen, die nach entsprechender Behandlung in allerkürzester Zeit sistirten; dagegen kam es sehr häufig im Verlaufe der Therapie zur Bildung kleiner Mengen eingetrockneten Secrets von der Consistenz härteren Cerumens im Gehörgange, das ich stets vor einer neuerlich vorgenommenen Aetzung mit der Pincette entfernte. Wenn dieses Secret den Perforationsrand innig bedeckt, muss es stets mit grosser Vorsicht entfernt werden, da sonst die Säure nicht applicirt werden könnte, wodurch eine Störung der Therapie bedingt wäre. Bei nahezu allen Kranken, die sich einer systematischen Behandlung unterzogen, waren die Resultate sehr befriedigende. Ich erzielte je nach der Grösse der Perforation und dem individuellen Verhalten der Kranken nach 3—15 Aetzungen vollständigen Verschluss der Lücke durch zartes Narbengewebe und überdies bei der weitaus grösseren Anzahl Verbesserung des Hörvermögens. Bei Kranken, die sich nicht systematisch behandeln liessen, war stets eine zunehmende Verkleinerung der Lücke sichtbar, so dass ich annehmen darf, dass auch in diesen Fällen bei fortgesetzter Therapie das angestrebte Ziel zu erreichen gewesen wäre.

Erfahrungen im Gebiete der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.

VIII. Jahresbericht

vom 1. Januar 1896 bis 1. Januar 1897 aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund-Krankheiten.

Von

Professor Dr. Stetter.

Im Jahre 1896 sind im Ganzen behandelt worden:

1715 Patienten,

und zwar:

Digitized by Google

900 Ohrenkranke,
221 Nasen- und Rachenkranke,
231 Halskranke,
363 Zahn- und Mundkranke.

Von diesen Patienten stammten

1280 aus Königsberg,
294 aus Ostpreussen,
22 aus Westpreussen, Pommern, Schlesien,
119 aus Russland.

Bezüglich des Alters und Geschlechtes ergaben sich folgende Tabellen:

A. Ohrenkranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
unter 1 Jahr	8	6	14
1—10 Jahre	108	110	218
11—20 „	99	100	199
21—30 „	66	94	160
31—40 „	83	56	139
41—50 „	46	35	81
51—60 „	33	24	57
61—70 „ u. mehr	17	15	32
	460	440	900

B. Nasen- und Rachenkranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
unter 1 Jahr	4	8	12
1—10 Jahre	11	12	23
11—20 „	31	52	83
21—30 „	18	19	37
31—40 „	11	20	31
41—50 „	6	8	14
51—60 „	5	13	18
61—70 „ u. mehr	2	1	3
	88	133	221

C. Mund- und Halskranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
unter 1 Jahr	1	—	1
1—10 Jahre	17	26	43
11—20 „	25	27	52
21—30 „	16	34	50
31—40 „	15	21	36
41—50 „	13	15	28
51—60 „	5	8	13
61—70 „ u. mehr	4	4	8
	96	135	231

Digitized by Google

Ausserdem wurden an 363 Patienten 422 Zahnextractionen gemacht, so dass also im Ganzen

1715 Kranke

im Ambulatorium, u. zw. meistens unentgeltlich, behandelt worden sind.

Um meine seit dem I. Jahresbericht begonnene Statistik über das Alter der an Ohrenerkrankungen leidenden Patienten immer weiter zu vervollständigen, giebt die nachstehende Tabelle das Alter der Ohrenkranken an, welche vom 1. Januar 1889 bis zum 1. Januar 1897 im Ambulatorium behandelt worden sind:

Alter	männlich	weiblich	Summa	
1 Jahr	90	65	155	
1—10 Jahre	847	791	1638	3513
11—20 „	1034	686	1720	
21—30 „	600	623	1223	
31—40 „	490	376	866	
41—50 „	393	308	701	3615
51—60 „	258	225	483	
61—70 „ u. mehr	153	189	342	
	3865	3263	7128	

Es überwiegt also die Zahl der Kranken vom 21.—70. Lebensjahr diejenige der Kranken, welche im Alter von 1—20 Jahren standen, nur um 102; es geht also auch aus dieser Tabelle, wie aus den vorjährigen wieder hervor, dass die Erkrankungen des Ohres recht eigentlich Krankheiten des Kindesalters sind. Wenn es aber erlaubt ist, aus kleinen Anfängen heraus einen Schluss für die Zukunft zu ziehen, so giebt das eben angeführte Resultat zu der Hoffnung Raum, dass doch den qu. Kinderkrankheiten und ihren Folgen für das Ohr mehr Aufmerksamkeit und mehr Wissen entgegengebracht wird als früher, denn das Plus der vier letzten Decennien ist wieder grösser geworden, als es in den vorhergehenden Jahren war. Selbstverständlich berechtigt diese Thatsache noch lange nicht zu sicheren Hoffnungen, da ja sehr viele Kranke aus den vier letzten Decennien ihr Ohrleiden bereits aus der Kindheit haben, — aber es ist verzeihlich, dass der Wunsch der Vater des Gedankens ist, es möchte bereits etwas besser geworden sein mit den Kenntnissen in der Ohrenheilkunde. Immer von Neuem muss die eindringliche Mahnung wiederholt werden, dass die Aerzte sich nicht sorgsam genug der im Kindesalter auftretenden ätiologischen Momente annehmen können, welche erfahrungsgemäss am häufigsten die Veranlassung zu den eitrigen Ohrentzündungen geben, und dass der Unterricht auf der Universität intensiv betrieben werden muss, damit die Aerzte lernen, die qu. Leiden zu behandeln, wodurch unendlich viel Unglück verhütet und manch' brauchbares Mitglied der menschlichen Gesellschaft erhalten werden könnte! Dazu gehört jedoch unbedingt, dass die Ohrenheilkunde unter die Disciplinen aufgenommen wird, welche im medicinischen Staatsexamen geprüft werden.

Nachdem ich jetzt 10 Jahre lang Examinator im medicinischen Staatsexamen bin, darf ich mit Fug und Recht behaupten, dass ich mehr wie mancher andere Examinator in der Lage bin, zu beurtheilen, wie wenig — eigentlich gar nichts — die Examinanden in der Ohren-

Digitized by Google

heilkunde wissen, weil ich sehr oft neben Fragen der speciellen Chirurgie auch solche aus der Otiatrie an die Candidaten gestellt habe, und ich habe am Schluss des Examens einzig und allein das Bewusstsein gehabt, dass die kurze Viertelstunde des Examinirens wenigstens dazu gedient hat, dem Candidaten einen Schimmer von Ahnung beizubringen, dass es für ihn als späteren practischen Arzt doch wohl von Wichtigkeit sein kann, von der Ohrenheilkunde etwas mehr als nur den Namen zu kennen. Es ist erfreulich, zu bemerken, dass manche Aerzte nach Beendigung des Staatsexamens das Ambulatorium besucht haben, „weil sie doch nicht ganz unwissend in die Praxis gehen wollten". Der Zufall hat es gefügt, dass gerade jetzt zwei Examinanden zwei otiatrische Fälle zur Ausarbeitung der Krankengeschichte erhalten mussten, weil andere Kranke nicht zur Verfügung standen. Ich bin überzeugt, dass die betr. Candidaten nie vorher gewusst haben, was man unter dem Weber'schen, dem Rinne'schen Versuch versteht, wie man überhaupt ein Ohr untersucht. Nun aber wissen sie es und werden diese Kenntniss dankbar mit in die Praxis hinübernehmen.

Die behandelten Krankheitsformen waren folgende:

A. Ohrenkrankheiten.

	R.	L.	D.	Sa.
Abscess am Ohrläppchen und Furunkel	1	6	7	14
Eczem der Muschel und des Gehörganges	6	3	4	13
Accumulatio ceruminis	67	55	34	156
Fremdkörper im Gehörgang	5	6	—	11
Vulnera der Muschel	2	—	—	2
Otitis externa diffusa acuta	44	28	6	78
„ „ circumscripta	14	6	1	21
„ „ desquamativa	5	5	—	10
Myringitis acuta hämorrhagica	28	30	13	71
„ chronica purulenta	10	9	4	23
„ chronica sicca	18	20	20	58
„ desquamativa	8	6	2	16
Otitis media cat.	26	59	63	148
„ „ adhaesiva	19	12	26	57
„ „ purul. chron. c. perf. myring.	83	90	47	220
„ „ pur. chron. c. perf. et granulat.	18	14	6	38
Ohrpolypen	3	2	—	5
Verkalkungen des Trommelfells	8	6	7	21
Perforatio myr. traumat.	1	1	—	2
„ „ obsoleta	10	7	—	17
Labyrinthaffection	4	1	4	9
Nervöse Gehöraffection	1	4	11	16
Taubstummheit	—	—	4	4
Hyperacusis	1	—	—	1
Atresia meat. ext.	—	1	—	1
Periostitis proc. mastoid.	6	6	—	12
Empyem und Granulat. im Proc. mast.	5	5	1	11

Digitized by Google

B. Nasenkrankheiten.

Eczema nasi	31
Acne rosacea	6
Verruca apicis nasi	1
Rhagaden	2
Scoliosis septi nach links	35
„ „ nach rechts	9
Teleangiectasia septi	2
Ulcus septi	3
Enchondroma septi cartilag.	1
Epistaxis	2
Rhinit. hypertrophicans	144
„ catarrhalis acuta	26
„ atrophicans foetida	39
„ luetica ulcerosa	3
Schleimpolypen	17
Periostitis oss. nasi	1
Adenoide Vegetationen	38
Rhinopharyngit. cat.	59
Empyema antr. Highmori	2.

C. Mund- und Halskrankheiten.

Stomatitis	7
Glossitis	19
Ranula	2
Parulis	7
Knochencyste im Oberkiefer	1
Cyste in der Wangenschleimhaut	1
Papillom der Uvula	1
Angina tonsillaris acuta	60
Hypertrophia tonsill.	10
Tonsillarabscess	5
Ulcera luetica pharyngis	2
Pharyngitis acuta et chron. cat.	76
„ granulosa	33
„ atrophicans	4
Laryngitis acuta et chron. cat.	114
„ luetica ulcerosa	3
Tuberculosis laryngis	2
Stimmbandpolypen	2
Stimmbandlähmungen	2
Lymphomata colli	2
Cyste	1
Atherom	1
Struma parenchymatosa	1

Es wurden folgende Operationen ausgeführt:

Abscess-Eröffnungen am äusseren Ohr (incl. Furunkel)	14
Paracentese des Trommelfells	25

Digitized by Google

Ohr-Polypen-Extraction	5
Wilde'sche Incision	12
Cauterisation von Granulat. im Mittelohr	25
Ecrasement des Antr. mastoid.	11
Nasenpolypen-Extraction	16
Geraderichtung des Septum nasi . . .	2
Amputatio uvulae (Papilloma uvulae) . .	1
Exstirpatio ranulae	1
„ lymphomat. colli	1
Cauterisationen:	
bei Schleimhaut-Hypertrophie der Nasenmuscheln.	40
bei Pharyngitis granulosa	30
bei Glossitis	2
Incision bei Tonsillar-Abscessen	5
Tonsillotomie	10
Ecrasement adenoider Vegetationen . .	35
Eröffnung des Antr. Highmori	2
Exstirpation einer Cyste in der Wangenschleimhaut	1
Exstirpation von Stimmbandpolypen . .	2
	190.

Wenn ein Jahresbericht über die Thätigkeit eines Arztes auf einem speciellen Gebiet überhaupt einen Werth haben soll, so darf er nicht nur aus der tabellarischen Aufzeichnung der behandelten Krankheiten bestehen, sondern muss vor allen Dingen der Besprechung der Therapie einen möglichst breiten Raum widmen: denn der Bericht wird nicht für den Specialisten allein geschrieben, sondern in erster Linie für die practischen Aerzte überhaupt. Sie sollen aus derartigen Veröffentlichungen aber nicht nur manches Krankheitsbild deutlicher erkennen lernen, sondern auch für sich und ihre Patienten in therapeutischer Hinsicht Nutzen ziehen können. Es müssen daher diese Erfahrungen besonders eingehend besprochen werden, wenn anders nicht derartige Jahresberichte übersehen werden oder nur dem Verfasser dazu dienen sollen, sich durch den Strahlenglanz recht hoher Frequenzziffern beleuchten zu lassen!

Die 156 Fälle von Accumulatio ceruminis geben mir Veranlassung zu dem immer wiederholten dringenden Rath, zur Entfernung der Ceruminalpfröpfe wenn irgend möglich nur den Wasserstrahl zu benutzen. Ich habe zwar selbst vor einigen Jahren mich dahin geäussert, dass es bei sehr harten, trockenen Massen manchmal zweckmässig sein wird, dieselben vor der Ausspülung mit dem Tamponträger anzubohren, weil mir danach die Ausspülung leichter gelungen ist, aber ich muss nach den Erfahrungen des letzten Jahres davor warnen, mit der Pincette oder dem Ohrlöffel die Entfernung bewerkstelligen zu wollen, wenn man nicht ganz sicher ist, die Gehörgangswände dabei unberührt zu lassen. Zwei russische Patienten kamen zur Beobachtung, denen von angeblich ärztlich vorgebildeten Personen (wahrscheinlich sog. Feldscheren, welche in Russland noch vielfach auf weite Districte

Digitized by Google

allein die ärztliche Praxis ausüben) Ohrenschmalzpfröpfe zum Theil mit dem Ohrlöffel und mit einer Haarnadel entfernt worden waren. Bei beiden Kranken lag hinter einem ziemlich frischen Blutcoagulum im hintersten Abschnitt des Gehörganges noch Cerumen, das in Folge hochgradiger entzündlicher Schwellung der Gehörgangshaut vor der Hand überhaupt nicht entfernt werden konnte. Alle vier Gehörgänge waren verletzt, und es hatte sich bei dem einen Patienten bereits eine ödematöse Schwellung der Weichtheile der Muschel und der Regio temporalis ausgebildet. Der Patient fieberte und klagte über heftige Kopfschmerzen. Trotz der sofort eingeleiteten antiphlogistischen Allgemein- und Localbehandlung entwickelte sich ein Abscess auf der Schläfenbeinschuppe, nach dessen Eröffnung Heilung eintrat. Den einen der beiden Kranken sah ich nach einem halben Jahre in Russland wieder und konnte constatiren, dass die Gehörgänge noch verengt, die Haut lebhaft geröthet war und jedenfalls eine abnorme Desquamation bestand. Auch das nicht in allen Theilen sichtbare Trommelfell befand sich im Zustande der chronischen Hyperämie. Das Gehör war schlechter geworden und betrug für die Uhr links $\frac{20}{200}$, rechts $\frac{50}{200}$.

Hier hatte sich also nachweisbar an die ungeschickte Manipulation bei der Entfernung eines Ceruminalpfropfes eine Otitis externa traumatica acuta angeschlossen, die nicht zur Ausheilung gekommen war, sondern chronisch wurde und durch Uebergreifen auf das Trommelfell eine Myringitis chronica sicca mit Abnahme des Gehörs nach sich zog. Viele Kranke, die von auswärts eine Poliklinik aufsuchen, können oder wollen nicht länger als einen Tag der specialistischen Behandlung widmen. Bei ihnen ist das Anbohren (s. o.) des Pfropfes oft nothwendig; können aber die Patienten sich nach 24 Stunden wieder vorstellen, so giesse ich bei harten, grossen Ansammlungen, deren Entfernung durch erstmaliges Ausspülen voraussichtlich nicht gelingen wird, einige Tropfen einer warmen Kal. carbon.-Lösung ein und lasse dann am Abend desselben und am Morgen des nächsten Tages lauwarmes, gutes Provenceöl einträufeln, wonach mir bisher noch nie eine Ausspülung missglückt ist.

Unter den Myringitiden findet sich eine relativ grosse Anzahl der acuten hämorrhagischen Form. Die Mehrzahl derselben kam bei Patienten zur Beobachtung, die an Influenza erkrankt waren. Stets gehörte dann diese acute Trommelfellentzündung zu den Frühsymptomen der Influenza; denn sie trat spätestens am vierten Tage nach Beginn der Allgemeinerkrankung auf, die in den beobachteten Fällen mit acutem, hohem Fieber mit Temperaturen zwischen 39 und 40° einsetzte. Manchmal war das ganze Trommelfell in eine dunkelrothe Blase verwandelt, auf welcher mehrfache grelle Lichtreflexe lagen, weder vom Hammer, noch von den Falten war etwas zu sehen; manchmal bestanden vereinzelte, kleine Blutblasen an verschiedenen Stellen, am häufigsten — wohl zufällig — auf dem hinteren unteren Quadranten. Die Patienten klagten über sehr heftige Schmerzen, die sich besonders stark am Abend einstellten, sowie im Bette die horizontale Lage eingenommen wurde. In keinem einzigen Falle bestand eine eitrige Secretion, jedoch waren wohl manche Trommelfelle feucht glänzend, so dass

Digitized by Google

hier bereits eine seröse Extravasation auf die freie Fläche angenommen werden musste. Anfänglich behandelte ich die betreffenden Myringitiden unter allgemeiner Antiphlogose theils mit Einträufelungen von schwachen Cocainlösungen, theils mit sofortiger Paracentese resp. richtiger gesagt: Eröffnung der Blutblasen; denn ich habe keinesfalls stets das ganze Trommelfell durchschnitten. Bei sorgfältiger Nachbehandlung — ohne Ausspülung —, Einlegung eines Tampons der Haug'schen Chinolin-Naphthol-Gaze bis zum Trommelfell heilten alle diese mit Incision behandelten Fälle per primam intentionem in wenigen Tagen vollkommen. Bei den nicht operativ Behandelten trat ausnahmslos nach der Berstung der Blutblase Eiterung ein, die sehr bald eine eitrige Otitis media nach sich zog, so dass angenommen werden muss, dass ziemlich zu gleicher Zeit eine spontane Perforation nach Aussen und nach Innen erfolgte und dass das primäre reine Blutextravasat sehr bald entweder von der Tuba Eustachi oder vom äusseren Gehörgang her eitrig inficirt wurde. Wenn man bedenkt, eine wie einfache, jedenfalls leicht erlernbare Operation eine derartige Eröffnung eines Extravasates in dem Trommelfell ist und welche unendlich segensreiche Wirkung gegebenen Falls dadurch erzielt werden kann, so ist die Forderung wohl berechtigt, dass jeder practische Arzt im Stande sein soll, hier die richtige Diagnose zu stellen und die operative Therapie sofort einzuleiten. Nachdem ich die schnelle und glatte Heilung nach der Incision im Vergleich mit der zur Mittelohreiterung führenden conservativen Behandlung erkannt hatte, habe ich dann selbstverständlich nur noch die Incision gemacht, und nicht ein einziges Mal ist Eiterung eingetreten! Zur (trockenen) Nachbehandlung der Trommelfellwunde fügte ich in allen Fällen eine Behandlung des Nasenrachenraums vermittelst Inhalationen mit 1 pCt. Solutio zinci sozojodolici.

Der Unterscheidung der chronischen Myringitiden in eitrige event. granulirende und trockene bin ich auch weiter treu geblieben, und wenn ich auch für die Myr. chron. sicca leider noch immer keine pathologisch-anatomischen Grundlagen und Beweise beibringen kann, so halte ich sie doch klinisch für absolut sicher bewiesen. Unter den 58 im Berichtsjahre beobachteten Patienten befanden sich 31, bei denen die noch bestehende chronische Injection so diffus über das ganze Trommelfell vertheilt war, dass dasselbe eine hellrosa Fläche darbot, in der nur der leicht angedeutete Hammergriff blassgrau durchschimmerte, während hinter ihm das Gefäss als ein dunkelrother Streifen sichtbar war. Dabei bestand zu gleicher Zeit auch nicht ein einziges Symptom, das auch nur den Verdacht auf beginnende Mittelohrsclerose nahe gelegt hätte, wofür die Hyperämie des Trommelfells vielleicht sprach, und endlich hat auch hier wieder die Therapie gelehrt, dass nichts Anderes als eine Myringitis chronica sicca bestanden hatte; denn nach ihrer Heilung und nach wiedererlangter normaler Beweglichkeit des Trommelfells waren sowohl die anfänglichen Drucksymptome verschwunden, als auch die Beeinträchtigung des Hörvermögens. Von ihr konnte auch jedes Mal gleich anfänglich festgestellt werden, dass sie ihren Grund nur in einer Herabsetzung der Schwingungsfähigkeit der schallleitenden Theile hatte. Neben der medicamentösen Behandlung mit Acidum oder

Digitized by Google

Zincum sozojodol. hat mir, besonders auffallend bei drei Patienten, die gleichzeitige Anwendung des Haug'schen Massageschlauches sehr gute Dienste geleistet. Das Gehör besserte sich ganz überraschend schnell, der anfänglich negative Rinne wurde bereits nach wenigen Tagen positiv, während im Beginn der Behandlung die Knochenleitung die Luftleitung überwog. Ich habe seitdem den Haug'schen Massageschlauch noch öfter angewendet und muss ihn als ein ausgezeichnetes Unterstützungsmittel auf's Wärmste empfehlen, und zwar um so mehr, als der Patient leicht lernt, ihn selbst zu gebrauchen, ein Vortheil, der bei allen derartigen Behandlungsweisen, wie auch Haug hervorhebt, sehr erheblich ist, weil es das Leiden mit sich bringt, dass die Cur lange dauert und die Patienten nicht bis zum Ende derselben in ärztlicher Behandlung bleiben können oder wollen. Was die Wirksamkeit der Sozojodolsäure anlangt, so muss ich an meiner bereits früher wiederholt geäusserten Ansicht festhalten, dass es hier vor Allem die resorbirende Kraft des Mittels ist, die zu dem guten Erfolge beiträgt. Ich schliesse dies daraus, dass ich in einer ganzen Anzahl von Fällen die Politzer'sche Luftdouche, die Massage oder den Catheterismus incl. Luftdouche eine Zeit lang erfolglos angewendet habe und dass der günstige Erfolg erst eintrat, nachdem ca. 3—4 Wochen lang die Sozojodolsäure in Gebrauch genommen worden war. Bei einfacher Verdickung des Trommelfells ohne irgend erhebliche Injection (ein wenig blutreicher als normal sind alle die qu. Trommelfelle) habe ich im Berichtsjahre nicht mehr wie früher die Schüttelmixtur von Acid. sozojodol. Glycerin und Ol. olivar. angewendet, sondern danke es meinem Freunde Apotheker J. Müller in Breslau, dass er mir den Weg zeigte, auf welchem eine klare Lösung der in Ol. olivar. nicht löslichen Sozojodolsäure herzustellen sei, d. i. mit Ol. ricini und einem geringen Zusatze von Alcohol. abs. Daher lautet die Vorschrift nun folgendermaassen:

Rp. Acid. sozojodol. 0,25,
Alcohol. abs. 1,0,
Ol. ricini 10,0.

Meine Befürchtung, dass der Alcohol hier, wo man seine gute Wirkung nicht brauchte, etwa von schädlichem Einfluss sein könnte, war unnöthig; denn es ist kein Nachtheil eingetreten. Wenn irgend eine erheblichere Gefässinjection am Trommelfell besteht, so ist die Verwendung einer 2proc. wässrigen Lösung von Zinc. sozojodol. angezeigt. — Die Zahl der wegen chronischer trockener Trommelfellentzündung behandelten Patienten ist jetzt in dem Zeitraum vom 1. Januar 1889 bis 1. Januar 1897 auf 332 gestiegen, und es ist nicht ein einziger Misserfolg zu verzeichnen bei denjenigen Kranken, bei denen eine reine Myr. chron. sicca bestand, d. h. ohne Verkalkungen oder adhäsive Processe im Mittelohr. Sind zu gleicher Zeit mehr weniger grosse Kalkablagerungen im Trommelfell vorhanden, so ist es ohne Weiteres einleuchtend, dass die Schwingungsfähigkeit nicht in demselben Grade wird vermehrt werden können, als wenn keine Verkalkungen da sind, denn auf sie kann die Therapie keinen Einfluss haben. Auch für die Behandlung derjenigen Myringitiden, welche oft für längere oder kürzere Zeit nach einer Media catarrhalis zurückbleiben,

Digitized by Google

durch welche sie entstanden waren, hat sich die 2proc. Solut. zinci sozojodol. ausgezeichnet bewährt. Wenn auch in den genannten Fällen oft die alleinige Behandlung des ursächlichen Leidens genügt, um die Folgen zu beseitigen, so bleibt doch oft noch eine mehr weniger intensive diffuse Injection des Trommelfells zurück, die dann nach Beseitigung des Mittelohrcatarrhs als selbstständige Krankheit fortbesteht und erst der Behandlung mit Sol. zinci sozojodol. weicht.

Was nun die sehr grosse Anzahl der chronischen eitrigen Mittelohrentzündungen anlangt, welche alle entweder mit Perforation des Trommelfells allein, oder auch noch mit Granulationswucherungen am Trommelfell oder im Mittelohr vergesellschaftet waren, so bekenne ich offen, dass ich bisher der conservativen Behandlungsweise treu geblieben bin. Ich kann den Vorzug der Operation nach Stacke-Schwartze nicht einsehen, nachdem sich sowohl Patienten, welche in Halle operirt worden waren, als auch solche, welche von anderen Operateuren (Geh. Rath Prof. Dr. Braun und Dr. v. Krzywicki hier) nach Stacke resp. Schwartze behandelt worden waren, mir vorgestellt haben mit Eiterung aus dem Gehörgang und aus der grossen Knochenwunde hinter dem Ohre und mit Granulationsbildung in der grossen Höhle, die durch die Operation geschaffen worden war. Der eine der Patienten, ein Candidat der Theologie, gab mir an, noch 8 Monate nach der Operation in Halle zur Nachbehandlung gewesen zu sein; bei ihm bestand und besteht noch eine Eiterung[1]) aus dem Gehörgang, und in der grossen Höhle, die man durch den erweiterten Gehörgang überblickt, wuchern Granulationen. Aetzung derselben mit Trichloressigsäure und Tamponade mit Chinolin-Naphtholgaze haben die Eiterung verringert und die Granulationen zum grössten Theil zum Schwinden gebracht, aber als ich den Patienten vor circa 6 Wochen zum letzten Male sah, war die „Mittelohrhöhle“ noch nicht trocken und die Neigung zur Granulationsbildung entschieden noch vorhanden. Ein zweiter Patient, der von Dr. v. Krzywicki im Jahre 1896 operirt worden ist, befindet sich gleichfalls zur Zeit noch in Behandlung des Ambulatoriums, weil auch nach der Heilung der Operationswunde die Eiterung aus dem Ohre noch weiter fortbestand. Auch bei diesem Kranken wurde die Eiterung durch Granulationen in der grossen „Mittelohrhöhle“ unterhalten. Ich darf ferner zur Rechtfertigung meiner Ansicht einen Kranken, Rittergutsbesitzer aus Ostpreussen, nicht unerwähnt lassen, der im Jahre 1889 in Halle operirt worden ist und der sich mir am 19. November 1894 vorstellte, weil ihn die Ohreiterung immer noch belästige. Die Untersuchung ergab eine Media purulenta cum granulationibus. Ein von Braun operirter Patient kam 8 Wochen nach der Operation zu mir, weil sich zu dem Eiterausfluss aus dem Ohre nun noch ein solcher aus der Wunde hinter dem Ohre hinzugesellt hatte. Im Innern sah man üppige Granulationswucherungen.

Wenn man diese Erfolge der Stacke-Schwartze'schen Ope-

---

[1]) Anm. während der Correctur:
Pat. hat sich vor wenigen Tagen mit trockenem Ohr wieder vorgestellt, ein Erfolg, den ich der Behandlung mit Chinolin-Naphthol-Gaze zuschreibe. Das Ohr ist absolut taub.

Digitized by Google

ration mit denen vergleicht, welche auch durch die conservative Behandlung erreicht werden können, und wenn man weiterhin die nicht absolute Gefahrlosigkeit der Operation bedenkt, die genau ebenso gut eine Meningitis basilaris nach sich ziehen kann wie die chronische eitrige Mittelohrentzündung mit Caries der Gehörknöchelchen, — so ist es verständlich, dass nicht alle Ohrenärzte mit gleichem Enthusiasmus für die Operation eintreten, wie dies von der Schwartze'schen Schule geschieht, und dass vor Allem diejenigen Ohrenärzte die Operation nicht machen, die nicht über die tadellosesten klinischen Einrichtungen zur Aseptik und Antiseptik verfügen. Dazu kommt ferner der sehr geringe, wenn überhaupt vorhandene Nutzen der Operation für das Gehör. Ich kann nicht angeben, wie schlecht die oben genannten Patienten vor der Operation gehört haben, glaube aber per analogiam zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass das Gehör schlecht gewesen ist, und dass es sich post operationem gebessert habe, ist mir von keinem Operirten angegeben worden.

Zum Beweise für das Gesagte lasse ich die genauen Krankengeschichten hier folgen:

W. M., 21 Jahre, stud. theol., leidet seit ca. 12 Jahren an linksseitiger Ohreiterung, die vielfach ohne Erfolg behandelt worden sein soll. Im November 1894 von Schwartze operirt: Aufmeisselung links wegen Caries. Weichtheile normal. Corticalis unverändert. Antrum typisch aufgemeisselt. Knochen osteosclerotisch. Im Antrum granulirende Schleimhaut. Fortnahme der hinteren Gehörgangswand und des oberen Atticusrandes. Hammer und Ambos entfernt. Hammer gesund, Ambos cariös. Granulationen der Paukenhöhle entfernt. Tamponade. Am 29. October 1896 stellte sich mir Patient vor, wobei er mir die obigen Angaben schriftlich überbrachte, die er aus dem Halleschen Krankenjournal entnommen zu haben erklärte. Ich fand folgenden Status: Tief eingezogene Narbe hinter dem linken Ohre. Die hintere Gehörgangswandauskleidung wölbt sich weit in das Lumen des Gehörganges hinein, diesen schlitzförmig verengend. Aus dem Gehörgang fliesst stinkender, leicht blutig gefärbter Eiter. Nach seiner Entfernung sieht man, dass die Haut des Gehörganges dunkelroth gefärbt ist, und nachdem es durch Einführung des Ohrtrichters gelungen ist, einen Ueberblick über die tieferen Theile zu erhalten, gewahrt man dort, vorn und unten, eine etwa erbsengrosse Granulation. Hörfähigkeit für die Uhr = 0; C_3 und Contra-C werden nur bei starkem Anschlag dicht vor dem Ohre gehört, Töne überhaupt immer deutlicher, je höher der Ton wird. Weber nach links, Rinne negativ.

C. G., 24 Jahre, Rittergutsbesitzer. Im Jahre 1889 in Halle wegen chronischer Mittelohreiterung operirt.

Bei der Untersuchung am 19. November 1894, also fünf Jahre nach der Operation, notirte ich folgenden Befund: Hinter dem rechten Ohre eine 6 cm lange Narbe, deren untere Hälfte an dem Knochen adhärent ist, im Knochen selbst eine Vertiefung zu fühlen. Im Gehörgang glasig schleimig-eitriges Secret, nach dessen Entfernung man die obere Hälfte des Gesichtsfeldes in der Tiefe mit Granulationen bedeckt sieht. Die Schleimhaut der Promontorialwand, welche in Folge Fehlens der unteren Trommelfellhälfte sichtbar ist, erscheint dunkelroth und ge-

Digitized by Google

schwollen. Bezüglich dieses Befundes möchte ich mich insofern reserviren, als es mir in Folge der Granulationswucherungen nicht über allen Zweifel erhaben war, dass nur die untere Hälfte des Trommelfells fehlte und ob die Granulationen auf der Membrana Shrapnelli sassen oder auf der Promontorialwand. Rinne —. Weber nach links. $HU = \frac{5}{200}$.

Ueber den von Herrn Dr. Krzywicki, hier, operirten Kranken konnte ich Folgendes erfahren: Pat. F. P., 35 Jahre alt, leidet seit vielen Jahren an rechtsseitiger Ohreiterung, zu deren Heilung im Frühjahr d. J. die typische Stacke-Schwartze'sche Operation gemacht wurde. Am 25. October — $^1/_2$ Jahr nach der Operation — kam der Patient in's Ambulatorium, da die Eiterung aus dem Ohre in derselben Weise wie früher bestände. Hinter dem rechten Ohre befindet sich eine an der Basis des Proc. mastoid. tief eingezogene, mit dem Knochen fest verwachsene Narbe, die nach unten bis zur Spitze des Proc. mast. reicht. Durch den äusseren, weiten Gehörgang sieht man in eine grosse Höhle, die fast vollständig epidermisirt ist; nur im unteren vorderen Winkel zeigt sich eine stecknadelkopfgrosse Granulation, die mit einer dünnen Eiterschicht belegt ist. HU = 0. Rinne —. Weber nach rechts. Perception für hohe und tiefe Töne = 0.

Bei dem von Prof. Braun operirten Patienten bestand noch drei Monate nach der Operation eitriger Ausfluss aus dem Ohre und aus dem sehr geräumigen Operations-Kanal hinter dem Ohre, der in eine grosse Höhle führte, in welcher üppige Granulationen wucherten. Die Hörfähigkeit war sowohl für die Stimme und Sprache, als auch für hohe und tiefe Töne = 0.

In den genannten Fällen wurde die Radicaloperation ausgeführt, die nach den Angaben Panse's[2]) die bei Weitem besseren Resultate geben soll, als die Wegnahme des Atticus allein; denn nach den Erfahrungen in der Schwartze'schen Klinik heilten im ersten Jahre der Anwendung der Stacke'schen Operations-Methode von 12 nur mit Wegnahme des Atticus behandelten Fällen 2, bei denen sich schon innerhalb eines Jahres Recidive der Eiterung zeigten, und von den 57 radical Operirten wurden 31 geheilt, d. h. das Ohr wurde trocken.

Ich bin mir sehr wohl bewusst, dass die von mir oben beschriebenen Fälle ihrer geringen Anzahl wegen für die Allgemeinheit nichts beweisen, aber da ich hier nur meinen Standpunkt präcisiren wollte, den ich als Chirurg einnehme, so gelten mir wenige selbst beobachtete Fälle mehr, als alle Statistiken, die nur zu häufig unbewusst mehr weniger subjectives Gepräge erhalten. So segensreich, wie die Eröffnung des Antrum mastoid. bei acuten und chronischen Eiterungen im Antrum selbst ist, so wenig nutzbringend und sicher in ihrem Erfolge ist die Freilegung des Mittelohrraumes, und seitdem ich nun bereits bei 35 Kranken mit chronischer Otitis media purulenta und Periostitis des Proc. mastoideus allein in Folge der Wilde'schen Incision nicht nur die Periostitis, sondern auch die eitrige Media habe heilen sehen, werde ich auch weiterhin, wie bisher, die Wilde'sche

[2]) Arch. f. O., Bd. 34, pag. 248.

Digitized by Google

Incision vertheidigen und eine Eröffnung des Antrum mast. nur dann anschliessen, wenn sich der Knochen erkrankt zeigt oder etwa schon eine Knochenfistel sich gebildet hat. Ich habe demnach nach meinen diesjährigen Erfahrungen meinen im vorjährigen Jahresbericht[3]) präcisirten Standpunkt keinen Grund zu verlassen, im Gegentheil, ich glaube, dass man heute schon zu weit geht mit der Anwendung der Stacke-Schwartze'schen Operation; denn die Indicationen sind noch nicht genau genug festgestellt. Dass das Vorhandensein von Cerebral-Erscheinungen oder von pyämischen Symptomen event. tiefere Eingriffe erfordert, ist selbstverständlich; diese werden sich aber stets in der Richtung der Trepanation, Freilegung des Sinus, event. Unterbindung der Vena jugularis bewegen. Das kann nicht besser und gründlicher auseinandergesetzt werden, wie es Hessler[4]) in seiner so überaus fleissigen Arbeit über die otogene Pyämie gethan hat. Im Mittelohr aber muss so viel wie möglich geschont werden, so lange die radicale Operation nicht bessere Resultate giebt, wie augenblicklich. — Im Anschlusse hieran erwähne ich noch zwei Krankengeschichten, die zur Illustration meiner obigen Erörterungen dienen.

M. E., 43 Jahre, Schreiberin, bekam in Folge von Influenza eine acute Ohrentzündung und stellte sich mit einem sehr copiösen Eiterausfluss aus dem rechten Ohre bald nach Beginn der Erkrankung vor. Es bestand eine Perforation des Trommelfells im hinteren unteren Quadranten, aus welcher sich unter lebhafter Pulsation Eiter ergoss. Am neunten Tage nach Beginn des Eiterausflusses bekam Pat. Schmerzen auf dem Proc. mast. mit Rötung und leichter ödematöser Schwellung der Haut. Es wurden Cataplasmata mit Burow'scher Lösung, Blutegel, Bettruhe, leichte Diät und Sorge für genügende Stuhlentleerungen angeordnet — jedoch ohne Erfolg; das Oedem, die Hyperämie der den Proc. mastoid. bedeckenden Weichtheile, die Schmerzen über dem ganzen Warzenfortsatz nahmen zu, die Temperatur hielt sich zwischen 38,5 und 39,2. Es waren hier also unzweifelhaft die Merkmale vorhanden, welche Schwartze in seinem Lehrbuche[5]) als Indication zur Eröffnung des Warzenfortsatzes angiebt; denn dass es sich im gegebenen Falle nur um eine Periostitis ohne Mitbetheiligung des Antrum mastoideum oder der Cellulae mast. gehandelt habe, ist nicht anzunehmen. Ich glaube daher, dass hier die von Schwartze a. a. O. sub 1 genannte Indication zur Mastoidoperation vorlag: „Die operative Eröffnung des Warzenfortsatzes ist indicirt: 1) bei acuter, primärer oder secundärer Entzündung des Warzenfortsatzes, wenn unter Anwendung antiphlogistischer Mittel (besonders durch Eisapplication) Schmerz, Oedem und Fieber nicht innerhalb weniger Tage (längstens in acht Tagen) nachlassen." Bei der betr. Patientin nahmen trotz der antiphlogistischen Behandlung die Entzündungserscheinungen zu. Dass ich anstatt der von Schwartze besonders empfohlenen Eisblase Cataplasmen mit essigsaurer Thonerde machte, kann nicht von Belang sein. Ich glaube ausserdem aus rein physikalischen Gründen, dass warme

[3]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1896, No. 3.
[4]) Jena, G. Fischer, 1896.
[5]) Handbuch der Ohrenheilkunde, Bd. II, pag. 791.

Digitized by Google

Umschläge hier deshalb mehr nützen wie Eis, weil durch die Erweiterung der Hautgefässe in recht grosser Umgebung der Abfluss des Blutes aus den tiefer gelegenen entzündeten, hyperämischen Theilen leichter möglich ist, als in die durch die Einwirkung contrahirten Hautgefässe, da die directe Einwirkung der Kälte auf die im Innern des Knochens sich abspielenden Entzündungsvorgänge — also die Contraction auch der tief gelegenen Gefässe — zum Mindesten fraglich ist. Wenn ich z. B. ein acut entzündetes Kniegelenk mit Eisapplication behandle, so thue ich es deshalb mit Erfolg, weil die Kälte nur durch Weichtheile (Haut, Bänder, Capsel) durchzudringen hat, um ihre Wirkung auf die entzündete Synovialmembran auszuüben, hier also direct blutaustreibend wirkt. Wie weit die Kälte aber im Stande ist, durch einen mehr weniger dicken Knochen in die Tiefe zu wirken, das lässt sich von vornherein gar nicht wissen. Ja, es ist sogar a priori die Vermuthung gerechtfertigt, dass das in Folge der Eiswirkung aus den Hautgefässen verdrängte Blut nicht nur nach den Seiten, sondern auch in die tiefer gelegenen Gefässregionen ausweicht und dort gerade das Gegentheil von dem bewirkt, was wir erreichen wollen, nämlich die Hyperämie noch vergrössert.

Ich weiss wohl, dass Untersuchungen z. B. an der Tibia darüber gemacht worden sind, wie weit die Eiswirkung in die Tiefe des Knochens dringt, und dass sich dabei herausgestellt hat, dass in der That auch die im Knochen verlaufenden Gefässe in Contractionszustand versetzt werden, wenn die Einwirkung lange andauert, aber es unterliegt trotzdem keinem Zweifel, dass eine schnellere und wie ich glaube auch umfangreichere Entlastung der im Knochen gelegenen entzündeten Theile erreicht wird, wenn man das Abströmungsgebiet möglichst vergrössert und so in analoger Weise wirkt, wie etwa eine Blutentziehung, die doch manchmal geradezu Wunder bewirkt. — Bei der wechselnden anatomischen Beschaffenheit des Proc. mastoid. ist es von vornherein unmöglich, die event. Wirkung des Eises zu beurtheilen, immer aber sicher erfolgt ein Abströmen des Blutes in die Hautgefässe, wenn dieselben ad maximum erweiterungsfähig gemacht werden.

Es wurde nun, da die Antiphlogose ohne Operation nichts half, bei der oben genannten Patientin am 7. Juli die Wilde'sche Incision gemacht. Das Periost war sehr blutreich, liess sich leicht vom Knochen ablösen, an diesem selbst war keine Veränderung wahrnehmbar. Das Ohr und die Wunde wurden mit Haug'scher Chinolin-Naphthol-Gaze austamponirt. Der erste Verband blieb zwei Tage liegen. Danach wurde der Ohrtampon in der ersten Zeit täglich zwei oder drei Mal gewechselt, bis die Secretion nachliess. Drei Wochen nach der Operation granulirte die Operationswunde nur noch etwa zu einem Drittel, im Uebrigen war sie vernarbt, die Secretion aus dem Ohre war minimal geworden und hörte bald ganz auf. Ich habe die Patientin vor wenigen Tagen (25. Januar 1897) wieder gesehen, das Ohr ist gesund, Trommelfell vielleicht ein wenig blutreich, Perforation vernarbt, Gehör fast normal; HU $^3/_4$, Rinne +.

Eine andere Patientin, W. E., 40 Jahre alt, kam im Anfange des Monats Juni in Behandlung mit einer acuten Otitis media und kurz

Digitized by Google

vorher eingetretener Perforation des Trommelfells im hinteren unteren Quadranten. In den ersten drei Wochen der Behandlung stellten sich Schmerzen, Schwellung und Röthung auf dem Proc. mastoid. ein. Ich unterliess aber die sofortige Ausführung der Wilde'schen Incision, weil bei der Patientin die Menstruation eingetreten war. Dieselbe dauerte in der Regel 5—6 Tage, und nach Ablauf dieser Zeit waren in Folge der antiphlogistischen Behandlung mit hydropathischen Umschlägen von essigsaurer Thonerdelösung und Blutegelapplication alle Symptome der Entzündung am Proc. mastoid. zurückgegangen, so dass kein Grund mehr vorlag, die Wilde'sche Incision zu machen. Da auch die Eiterung aus dem Ohre nachgelassen hatte, so blieb die Patientin, wie dies ja bei poliklinischen Kranken leider so häufig der Fall ist, einige Zeit aus und stellte sich erst am 3. August wieder vor, da sie wieder Schmerzen hinter dem Ohre bekommen hatte. Es waren wieder deutliche Symptome einer Periostitis des Proc. mastoid. vorhanden, so dass ich die Kranke behufs Ausführung der Wilde'schen Incision zum nächsten Tage wiederbestellte; aber sie kam nicht, sondern liess sich erst wieder am 26. October sehen. Sie hätte Angst vor der Operation gehabt, hätte wieder Umschläge mit essigsaurer Thonerdelösung gemacht und danach sei der Zustand wieder besser geworden, sie sei aber bis Mitte October nie ganz schmerzfrei gewesen.

Am 16. October habe sie bei sehr schlechtem Wetter eine weite Strecke per Fuss zurücklegen müssen und schon in der darauffolgenden Nacht wären die Schmerzen hinter dem Ohre so arg geworden, dass die Nachtruhe ihr fast völlig geraubt worden wäre, während zu gleicher Zeit der Eiterausfluss aus dem Ohre wieder sehr stark geworden sei. Wegen Krankheit ihrer Mutter konnte sich Patientin aber nicht eher als am 26. October vorstellen. Die Weichtheile über dem Proc. mastoideus waren dunkelroth injicirt, stark ödematös geschwollen, jede, auch die leiseste Berührung sehr schmerzhaft. Die Schmerzen strahlten nach der Schläfegegend aus und nach dem Auge der erkrankten (rechten) Seite. An den Gehörgangswänden war ausser einer diffusen Injection nichts Abnormes zu constatiren, dicht vor dem Trommelfell lag auf Eiter ein sehr lebhaft pulsirender Lichtreflex. Die schon im Juni constatirte Perforation bestand noch. Das Gehör für die Uhr war = 0, ebenso für tiefe und mittlere Töne, C^5 wurde gehört, Flüstersprache dagegen nicht. Die Knochenleitung war erhalten. Ich behielt nun die Kranke selbstverständlich gleich in dem zum Ambulatorium gehörigen Pensionat und operirte sie sofort, indem ich die Wilde'sche Incision vermittelst eines 7 cm langen Schnittes ausführte. Es entleerte sich dabei eine geringe Menge Eiter, dessen Anwesenheit durch Fluctuation nicht hatte erkannt werden können, weil die Quantität zu gering und das Oedem zu bedeutend waren. — Bereits in der Nacht nach der Operation schlief die Patientin gut, klagte in den folgenden Tagen nur über geringe Schmerzen in der Wunde, war „fieberfrei" und fühlte sich überhaupt „sehr wohl". Am 2. November konnte die ambulatorische Behandlung wieder beginnen, in der nun die Pat. bis zu ihrer Heilung blieb. Vom 16. November an bis heute — 5. Februar 1897 — hat sich kein Eiter im Ohre mehr gezeigt, das Trommelfell ist zwar noch diffus injicirt, die Perforation ist vernarbt und das Gehör

Digitized by Google

hat sich wesentlich gebessert. HU = $^1/_2$, Rinne +, Flüstersprache auf zwei Meter deutlich. — Diese Krankengeschichte illustrirt, wie ich glaube, auf das Deutlichste, dass die von Schwartze a. a. O. sub 2 genannte Indication zur operativen Eröffnung des Warzenfortsatzes in ihrem ersten Theile wenigstens nicht stichhaltig ist; denn er nennt da als Indication: chronische Entzündung des Warzenfortsatzes mit wiederholter Anschwellung desselben, die zeitweise rückgängig wurde oder mit schon bestehender Abscessbildung resp. Hautfisteln über demselben. Eine weitere Illustration dafür, dass die Wilde'sche Incision auch dann zur Ausheilung genügt, wenn neben der Mittelohreiterung Periostitis des Proc. mastoid. und Symptome einer Mastoiditis[6]) bestehen, giebt der nachstehende Fall, der aus früheren Jahren stammt. Der Pat. F. Kl., 35 Jahre alt, ist von mir im Winter 1886/87 operirt worden, weil er im Anschluss an eine seit vielen Jahren bestehende chronische Mittelohreiterung eine acute Periostitis des Proc. mastoid. bekam. In gleicher Zeit bestanden Schwindelanfälle, heftiges Ohrensausen und hohes Fieber zwischen 39,5 und 40°. — Zufällig stellte sich der Patient vor zwei Tagen (11. Febr. 97) wieder vor, weil er in Folge eines heftigen Schnupfens Schmerzen in dem Ohre der damals operirten Seite (der rechten) bekommen hätte und nun ängstlich geworden sei. Der Status ist folgender: Das rechte Trommelfell zeigt eine tief eingezogene Narbe, die den unteren vorderen Quadranten einnimmt, die Membrana Shrapnelli und das Hammergriffgefäss sind dunkelroth injicirt. Das Trommelfell matt glänzend, trocken. Die Hörweite für die Uhr beträgt $^1/_4$ der normalen, Rinne ist +, Weber gleichseitig. Der Status vom 21. November 1886 lautet: Im rechten Gehörgang viel Eiter mit einem bis in's Orificium externum hinein lebhaft pulsirenden Reflex. Nach der Ausspülung zeigt sich eine Perforation, die den unteren vorderen Quadranten einnimmt. Die Weichtheile auf dem Proc. mastoid. dunkelroth geschwollen, ödematös, sehr schmerzhaft. HU i. c. a., sehr arge entotische Geräusche. Es wurde sofort die Wilde'sche Incision gemacht, wobei der Knochen äusserlich gesund gefunden wurde, das Periost überall fest anhaftend. — Nach der damaligen Heilung stellte sich der Patient noch einmal am 14. Juni 1892 vor, weil er glaubte, wahrgenommen zu haben, dass sich das Gehör auf der operirten Seite sehr schnell verschlechtere. Es fand sich ein grosser Ceruminalpfropf, nach dessen Entfernung sich herausstellte, dass das Gehör nur wenig gelitten hatte, denn es war für die Uhr = $^1/_4$, für Flüstersprache 2 m, für laute Conversationssprache 5 m. Die Perforation im Trommelfell bestand noch, aber nirgends war eine Spur Eiter zu entdecken. Hier liegt also eine Beobachtung vor, welche sich über einen Zeitraum von $10^1/_4$ Jahren erstreckt. Ein Patient, der seit Jahren an einer Mittelohreiterung leidet, bekommt eine acute Periostitis mit hohem Fieber, es wird die Wilde'sche Incision gemacht, in deren Folge nicht nur die Periostitis zur Heilung kommt, sondern auch die Mittelohreiterung mit Erhaltung eines guten Gehörs; denn es ist für einen Patienten aus der arbeitenden Bevölkerung vollkommen ausreichend, seiner Thätigkeit ungehindert nachzugehen. Das augenblickliche Leiden ist eine im An-

[6]) Cfr. Schwartze, Handbuch der Ohrenheilk., l. c. pag. 792.

Digitized by Google

schluss an den Schnupfen entstandene Otitis media cat., die mit dem früheren Leiden in keinem Zusammenhange steht.

Derartige Beobachtungen, wie ich sie nach erfolgter Wilde'scher Incision nun schon zu wiederholten Malen gemacht und beschrieben habe, regen selbstverständlich die Frage an, wie wir uns dabei die Heilung der Mittelohreiterung zu erklären haben. Ich meine, dass wir hier zwanglos eine depletorische Wirkung annehmen dürfen. Der durch die Incision gesetzte intensive Hautreiz und die reichliche Blutentziehung schaffen jedenfalls für die Ausheilung der Mittelohreiterung günstige Bedingungen, die vielleicht aber nur dann entfaltet werden können, wenn noch keine tiefer greifenden cariösen Veränderungen am Knochen eingetreten sind. Wie weit diese Vermuthung aber den Thatsachen entspricht, kann ich bis jetzt noch nicht entscheiden. Der Umstand, dass es durchaus nicht immer acute Eiterungen im Mittelohr waren, welche die Periostitis am Proc. mastoid. hervorgerufen hatten und dadurch die Wilde'sche Incision nothwendig machten, sondern dass die Mittelohreiterung oft schon jahrelang bestand, lässt wohl mit Recht vermuthen, dass in diesen Fällen bereits sich cariöse Processe an den Gehörknöchelchen ausgebildet hatten. Wenn nun aber trotzdem eine Heilung mit vollständigem Versiegen der Eiterung eintrat, so müssen wir annehmen, dass auch die cariösen Knochenstellen zur Ausheilung gekommen waren.

Schwartze schränkt übrigens seine oben angeführte Indication zur Eröffnung des Warzenfortsatzes, „wenn unter Anwendung antiphlogistischer Mittel Oedem, Schmerz und Fieber nicht innerhalb weniger Tage nachlassen", selbst ein, wenn er in der weiteren Ausführung dazu sagt, dass anhaltende, unerträgliche, durch nichts zu beseitigende Schmerzen in der Mastoidgegend, von dort in die Scheitelgegend oder die ganze Kopfhälfte ausstrahlend, ein höchst unsicheres Zeichen für Empyem des Warzenfortsatzes seien[7]). Ceterum censeo: Die Wilde'sche Incision muss bei allen Periostitiden des Proc. mastoid. in Folge von acuter oder chronischer Mittelohrentzündung jederzeit der erste operative Eingriff sein[8]). Er genügt oft zur völligen Heilung. (Schluss folgt.)

Ein Fall von angeborenem doppelseitigen knöchernen Verschluss der Choanen. Heilung durch Galvanocaustik.

Von

Dr. **A. Schwendt.**

Marie S., ein 15jähriges Mädchen, hat von Geburt an niemals durch die Nase athmen können. Von der Mutter der Patientin wurde mir über deren früheste Kindheit Folgendes mitgetheilt: „Unmittelbar

[7]) Handbuch der Ohrenheilkunde, II. Bd., pag. 792.

[8]) Cfr. VII. Jahresbericht. Monatsschr. für Ohrenheilk. 1896, No. 3. — V. Lange, Langenbeck's Archiv, Bd. 47.

Digitized by Google

nach der Geburt ist das Kind fast erstickt, und man musste verschiedene Arten der künstlichen Athmung anwenden, unter Anderem auch Lufteinblasungen, bis dasselbe Lebenszeichen von sich gab. Die Geburt war von langer Dauer und schwierig gewesen. — Es wurde kein Versuch gemacht, das Kind mit der Brust zu ernähren; bald aber wurde wahrgenommen, dass es an der Saugflasche nicht trinken könne und den Zapfen derselben beständig vom Munde wegstosse. Dem Kinde wurde die Nahrung mit dem Löffel eingegeben, wobei jeweilen nur wenig verschluckt, das Meiste ausgespuckt und ausgehustet wurde. Als man das Kind im Freien herumtrug und demselben der Wind in das Gesicht blies, hat es sich oft auf dem Arm der tragenden Mutter „gebäumt" und sah aus, als wolle es ersticken. Auf dem Lande entwickelte sich indessen das Kind, welches anfänglich sehr elend war, sehr gut. Von Kinderkrankheiten machte es nur Scharlach durch, wobei auch der Hals stark entzündet war. Während dieser Krankheit kamen Nachts Erstickungsanfälle vor, sonst aber nicht. Die Kleine hatte Nachts stets den Mund auf, schnarchte viel. Das Sprechen hat sie schnell gelernt und die Sprache war von Anfang an nicht besonders auffallend."

Status praesens: Die Patientin ist die zweitälteste von neun Geschwistern, welche sämmtlich am Leben sind, und von welchen keines mit einer auffallenden Missbildung, wie Hasenscharte etc., belastet ist. Sie ist für ihr Alter etwas klein, sonst aber nicht schlecht entwickelt; namentlich ist die Entwickelung des Thorax in die Breite eine recht genügende zu nennen. Die Untersuchung des Herzens und der Lunge ergiebt nichts Abnormes. Keine Einsenkung der vorderen unteren Thoraxpartie. Die Gesichtsfarbe ist ziemlich blühend, die Bulbi etwas vortretend. Der Gesichtsausdruck ist nicht besonders auffallend. Nasolabialfalten sind gut ausgeprägt. Die Nase hat einen hohen Rücken, ist etwas gewölbt, ziemlich gross und wohl gebildet. Der Mund wird nur sehr wenig eröffnet gehalten, so dass man beim Anblick der Patientin nicht auf den Gedanken kommen würde, dass die nasale Athmung vollständig fehle. Die Patientin hat in der Schule Gesangsunterricht erhalten, wobei Niemandem ihr Zustend aufgefallen ist. Sie giebt an, dass sie sich stets viel Mühe gegeben habe, gut zu sprechen. Die Sprache ist in der That nur sehr wenig oder gar nicht nasal; sie klingt nur ab und zu etwas dumpf. Man glaubt auf den ersten Eindruck die „todte Sprache" Meyer's zu hören. Es können aber die Resonanten deutlich ausgesprochen werden; die Worte „Zimmermann", „Nase", „Knie", „Knabe" klingen ganz rein. Das Schneuzen ist vollständig unmöglich[1]); die Patientin kann nur den ziemlich reichlich aus der Nase dringenden Schleim abwischen. Es wird nun versucht, durch die Nase Wasser in den Hals zu spritzen, was vollständig misslingt. Eine vorgehaltene Lichtflamme vermag die Patientin bei zugehaltenem Munde nicht durch ihr Exspirium in Bewegung zu setzen. Sie giebt an, dass sie niemals einen Geruch irgend welcher Art wahr-

[1]) Wie ich nachträglich erfahren habe, pflegte die Patientin den Schleim mit ihrem Taschentuch abzuwischen und ahmte dabei gleichzeitig mit dem Munde das Geräusch des Schneuzens nach.

Digitized by Google

genommen habe; beim Annähern einer Ammoniaklösung und von Meerrettig kommen ihr zwar Thränen in die Augen, sie kann aber nicht Ammoniak von Meerrettig durch den Geruch unterscheiden.

Die vordere Rhinoscopie zeigt uns die sämmtlichen Nasenmuscheln atrophisch; sie sind gelappt, von grauweisser Farbe und sind mit vielem zähen Schleim bedeckt. Das Septum narium ist vollständig gerade. Die Nasengänge sind im vorderen Theil der Nase weit, werden aber rasch nach hinten zu enger und niedriger. Der Boden des unteren Nasenganges liegt nicht horizontal, sondern steigt beiderseits in einer schiefen Ebene nach aufwärts. Jede der beiden Nasenhöhlen bildet somit gewissermaassen einen Trichter, dessen Spitze am Grunde des unteren Nasenganges liegt. Die Sonde dringt in diesem Trichter überall auf knöchernen Widerstand; beide Nasenhöhlen sind also nach hinten verschlossen. Bei dem Percutiren der verschliessenden Wandung mit der Sondenspritze ist das Anklopfen der Sonde dem Untersuchenden und namentlich der Patientin durch das Gehör gut wahrnehmbar. Die Nasenhöhlen sind aussergewöhnlich empfindlich. Bei dem Ausspritzen mit lauwarmer Borsäurelösung, sowie bei der leisesten Berührung mit der Sonde wird auch nach vorausgegangener ausgiebiger Cocaïnisirung starker Hustenreflex ausgelöst.

Bei der Untersuchung der Mundhöhle fällt uns in erster Linie die ungewöhnlich hohe Wölbung des Gaumens auf. Man glaubt auf den ersten Blick eine Verkrümmung des Gaumendaches vor sich zu haben, wie sie bei adenoiden Wucherungen in der Regel beobachtet und jetzt allgemein als die Folge der behinderten nasalen Athmung im zarten Kindesalter angesehen wird. Die höchste Stelle des Gaumendaches liegt nur etwa 2 cm hinter den Schneidezähnen. Der Höhenunterschied zwischen diesem Punkt und dem Alveolarrand beträgt aber mindestens 3 cm. Die Raphe des Gaumendaches ist sehr deutlich und besonders an der höchsten Stelle stark ausgeprägt. Die Alveolarfortsätze des Oberkiefers stehen horizontal. Es fehlen die beiden Eckzähne; sonst ist jetzt in der Bezahnung nichts Auffallendes vorhanden. Die Patientin giebt an, dass ihr früher zwei besonders grosse Zähne, welche nach vorn standen und beiderseits nach aussen von den Schneidezähnen entsprungen waren, ausgezogen werden mussten. Die Patientin konnte mir aber nicht genau angeben, ob diese Anomalie schon bei der Bildung der Milchzähne oder erst bei der zweiten Zahnung vorhanden gewesen sei. Von der höchsten Stelle des Gaumendaches an nach rückwärts senkt sich der Gaumen schräg nach hinten und unten. Die Halswirbelkörper springen gegen den Pharyngealraum hin leicht vor.

Bei der Untersuchung mit dem Finger constatirt man, dass schon in sehr kurzer Entfernung vom Alveolarrand nach hinten dieser Gaumen der knöchernen Grundlage entbehrt. Es besteht somit der ganze Gaumen, vom Munde aus betrachtet, aus einem sehr kurzen knöchernen, vom Alveolarrand steil nach oben und hinten, und einem sehr langen, schräg nach unten und hinten verlaufenden weichen Theil. Die Raphe des Gaumens lässt sich bis gegen die Mitte des weichen Gaumens deutlich erkennen. Vergleichen wir diesen Befund mit demjenigen der Nasenhöhlen, so ist es klar, dass der weiche Gaumen sich hier ungemein nahe am Alveolarrand von seiner knöchernen Unterlage

Digitized by Google

trennt. Derselbe bildet ein abnorm langes Palatum molle, während die Knochen, welche an der Bildung des harten Gaumens betheiligt sind, in abnormer Richtung schräg nach oben und hinten verlaufen müssen. Dies wird durch die hintere Rhinoscopie bestätigt: von den Choanen ist beiderseits nur der hintere Rand zu sehen, wobei das Septum narium in gewohnter Weise vorspringt. Die beiden Choanen erscheinen durch eine weissliche Wand vollständig verschlossen. In der Peripherie erscheint die Wand geröthet, bei genauer Betrachtung vascularisirt. Die Mitte ist dagegen glänzend weiss. Die beiden Diaphragmen liegen nicht vollständig mit dem hinteren Choanenrande in einer Ebene, sondern sie befinden sich etwas weiter nach vorn, so dass auch der äussere und obere Rand der Choanen deutlich zu sehen ist. Die Diaphragmen sehen aus, als seien sie nach hinten convex. Zu beiden Seiten des Septum verläuft nach oben hin ein tiefer Eindruck symmetrisch nach aussen und oben. Diese Eindrücke ziehen halbkreisförmig gegen aussen und sind nach oben hin durch eine scharfe Kante abgegrenzt. Der äussere Theil derselben endigt in einer Grube, die, wie sich mit der Sonde constatiren lässt, einen Blindsack darstellt. Bei der Percusion mit der Sonde lässt sich feststelleu, dass die Choanen durch knöcherne Diaphragmen verschlossen sind. Die erwähnten knöchernen Wandungen sind bei der Percussion mit der Sonde fast vollständig unempfindlich; überhaupt ist der ganze Nasenrachenraum für instrumentelle Eingriffe sehr tolerant. Wie bei der Zaufal'schen Patientin, ist die Rhinoscopie leicht vorzunehmen. Das Gaumensegel bleibt, wenn es nicht stark gereizt wird, ruhig hängen und steht auch ziemlich weit von der linken Wand des Pharynx ab. Am Fornix pharyngis zeigt sich nur schwache Röthung und Auflockerung der Schleimhaut sowie etwas schleimiges Secret. Es sind nur schwache Reste der Luschka'schen Rachentonsille vorhanden. Die Tubenöffnungen sind mit etwas Schleim belegt; der Tubenwulst ist gut ausgebildet. Nach Hinwegnahme des Schleimes scheinen die Tubenöffnungen etwas spaltförmig horizontal zu verlaufen. Die Rosenmüller'schen Gruben zeigen nichts Abnormes. Von dem Nasenrachenraum der Patientin stellte ich ein schematisches rhinoscopisches Bild dar, das in meiner Monographie über die angeborenen Choanenverschlüsse enthalten ist. Die Digitaluntersuchung bestätigte den rhinoscopischen Befund vollständig. Die Knochenplättchen, welche die Choanen verschliessen, verlaufen schief von unten vorne nach oben hinten; ihr medianer Rand befindet sich ausserdem weiter nach vorn als der laterale.

Das Gehörorgan zeigt sich, wenn auch die Patientin keine Beschwerden von dieser Seite hat, bei der functionellen Prüfung nicht vollständig normal. Meine Uhr, welche von Normalhörenden auf 2 m Entfernung gehört wird, nimmt die Patientin nur in einer Entfernung von 1 m wahr. Das rechte Trommelfell ist in toto getrübt, reflexlos und zeigt eine starke hintere Falte. Das linke Trommelfell ist ebenfalls getrübt; im vorderen unteren Quadranten befindet sich eine hanfkorngrosse Verkalkung.

Der Kehlkopf ist in jeder Beziehung gesund.

Der Geruchsinn, von welchem wir noch sprechen werden, wurde

Digitized by Google

vermittelst sehr stark riechender Substanzen geprüft, von welchen einige, wie z. B. Jodoform, in die Nasenhöhlen eingeblasen wurden. Keinen einzigen dieser Gerüche vermochte die Patientin wahrzunehmen.

Das Auge wurde wegen der leichten Prominenz der Bulbi untersucht und wurde functionell sowie auch ophthalmoscopisch vollständig normal befunden[2]).

Die Diagnose, dass es sich um einen angeborenen Verschluss der Choanen handelte, war nun unzweifelhaft festgestellt, wenn auch bei der ersten rhinoscopischen Untersuchung die Diaphragmen für knöcherne Tumoren gehalten werden konnten. Allein die eigenthümliche Missbildung des Gaumens, die Verengung der Nasenhöhlen und deren blindsackartiges hinteres Ende, sowie die symmetrische Gestaltung der an der hinteren Fläche der Diaphragmen befindlichen Eindrücke bewiesen hinlänglich, dass es sich um eine angeborene Missbildung handelte.

Es war nun für die Operation, die vorgenommen werden sollte, sehr wichtig, zu wissen, ob die Diaphragmen aus dünnen oder dicken Knochenplättchen beständen. Erst suchte ich mich durch Messung der Tiefe der Nasenhöhle von der Dicke der Diaphragmen zu überzeugen. Die Distanz von dem hintersten Punkt des unteren Nasenganges bis zum oberen Rande des Nasenloches betrug beiderseits 7 cm. Die Nasengänge selbst mussten also ungefähr 5 cm tief sein. Es konnte schon daraus geschlossen werden, dass die Dicke der Diaphragmen nicht sehr bedeutend war, so dass genauere Messungen unnöthig waren.

Mittelst der später vorgenommenen Durchleuchtung konnte ich keine Naht, durch welche die Gaumenbeine am unteren Rande der Choanen von den Resten der knöchernen Diaphragmen getrennt gewesen wären, unterscheiden.

Die Operation wurde mit dem Galvanocauter vorgenommen, indem der grösste Theil der Diaphragmen nach von Schrötter's Vorgang mit dem hakenförmig gekrümmten galvanocaustischen Brenner unter Leitung des rhinoscopischen Spiegels zerstört wurde. Es zeigte sich, dass der Nasenrachenraum für diese wiederholten galvanocaustischen Eingriffe viel toleranter war als die Nase, indem die Reactionserscheinungen selbst nach 12maligem Erglühenlassen des Brenners äusserst geringe waren. Die Blutung war eine sehr leichte, doch wurde ich durch dieselbe genöthigt, die Operation in mehreren Sitzungen vorzunehmen. Schmerzen waren während der Operation nach ausgiebiger Cocainisirung fast keine vorhanden. Nach der operativen Sitzung verspürte die Patientin einige Male gegen das Auge und die Zähne hin ausstrahlende Schmerzen, welche einige Tage anhielten, aber nicht sehr erheblich waren. Es konnte die Patientin stets ihre häuslichen Geschäfte besorgen.

Die Nachbehandlung wurde hauptsächlich mittelst silberner Canülen eingeleitet, die Anfangs kürzere Zeit, später den ganzen Tag hindurch getragen wurden, und welche die Patientin sich selber einzuführen gelernt hatte. Die Neigung zum Recidiviren war sehr gross, so dass

[2]) Vor einigen Jahren musste sich die Patientin wegen Thränenfliessen die verengten Thränenwege sondiren lassen.

Digitized by Google

einmal, als zur Probe die Canülen während 14 Tagen weggelassen worden waren, eine kleine Nachoperation vorgenommen werden musste. Es hatte sich während dieser kurzen Zeit ein Theil der Diaphragmen wieder gebildet. Namentlich war derjenige Theil des Knochens, welcher das vorhin erwähnte Grübchen bildete, in seiner ursprünglichen Form wieder neugebildet. Die Canülen wurden im Ganzen vier Monate lang getragen und nach einem Jahre erhielt ich von der Patientin, die inzwischen unsere Stadt verlassen hatte, die Nachricht, dass sie vollständig frei durch die Nase athmen könne. Auch gab sie an, ohne dass sie hierüber gefragt wurde, dass sich ihr Gehör verbessert habe.

Der Geruchsinn wurde nach der Operation nicht im Geringsten wiederhergestellt, dagegen besserte sich die Sprache, indem sie klangvoller wurde. Der Gesichtsausdruck wurde wenig verändert; doch muss ich besonders hervorheben, dass man auch vor der Operation dieser Patientin den völligen Mangel der nasalen Athmung nur sehr wenig ansah.

Sehr bemerkenswerth war bei dieser Patientin Folgendes:

1) Die relativ gute Ausbildung des Geschmackes bei vollständigem Mangel des Geruchsinnes. Patientin konnte bei zugebundenen Augen den Geschmack verschiedener als „Drops" bekannter Bonbons, die mit ätherischen Oelen zubereitet werden, recht wohl unterscheiden, währenddem sie Jodoform, das in die Nase eingeblasen wurde, und andere stark riechende Substanzen gar nicht wahrnahm;

2) die relativ geringe Schwerhörigkeit und der leichte Grad der Einziehung der Trommelfelle;

3) die relativ wenig veränderte Sprache, insbesondere die gute Aussprache des Resonanten;

4) die vollständige Accommodation des ganzen Organismus an seinen abnormen Zustand, welcher der Patientin fast keine Beschwerden verursachte. (Dieselbe hatte Gesangsunterricht genommen und lernte ohne besondere Mühe das Schwimmen);

5) die ausgesprochene Hyperästhesie der Nasenschleimhaut bei vollständiger Anosmie;

6) in ihrer Entwicklung war die Patientin insofern zurück, als sie mit 16 Jahren die Menses noch nicht erhalten hatte.

Von congenitalen Verschlüssen der Choanen konnte ich Ende des Jahres 1889 25 Fälle zusammenstellen[3]). Seitdem sind noch einige andere Fälle dieser Art bekannt geworden. Dieselben waren meistens knöcherne Verschlüsse. Der grösste Theil der letzteren ist äusserst typisch, indem das rhinoscopische Bild sowohl als die übrigen Erscheinungen derselben einander stets ähnlich sehen. Die knöchernen Diaphragmen befinden sich etwas nach vorn von dem hinteren Rande der Choanen. Es sind an denselben durch hintere Rhinoscopie die von Zaufal, Schrötter, Schötz, von mir und in letzter Zeit wieder von Eulenstein wahrgenommenen Grübchen zu bemerken. Der harte Gaumen verläuft in eigenthümlicher Weise schräg nach oben und hinten, so dass die Nasenhöhlen trichterförmig nach hinten zu verengt

[3]) In meiner Habilitationsschrift: „Die angeborenen Verschlüsse der hinteren Nasenöffnungen und ihre operative Behandlung." Basel 1889.

Digitized by Google

werden. Diese Fälle kommen sowohl doppelseitig, als einseitig vor. Sie scheinen den grössten Theil der angeborenen Choanenverschlüsse auszumachen und wurden bei lebensfähigen, sonst annähernd normal gebildeten Individuen beobachtet. Es giebt ferner angeborene knöcherne Verschlüsse der Choanen, die insofern atypisch genannt werden können, als keine regelmässig geformten Verschlussplatten vorhanden sind, sondern die Obliteration der Choanen unter Betheiligung unregelmässig verlaufender Exostosen der seitlichen Nasenwand, des Bodens der Nasenhöhle und von Deviationen des Septum narium zu Stande kommt. Solche Fälle wurden von Hopmann und von Onodi beschrieben.

Ausser bei lebensfähigen Individuen fand man verschlossene Choanen bei gewissen Monstris. Dieselben gehörten fast ausnahmslos zu den von Kundrat beschriebenen Arhinencephalen, und wiederum der grösste Theil der letzteren zu den Cebocephalen, die, wie Kundrat nachgewiesen hat, den Arhinencephalen zuzurechnen sind. Hier liegen sehr verschiedene anatomische Veränderungen vor, indem bald seitliche Zusammenschiebung der die Choanen bildenden Knochen, bald Einschaltung besonderer Knochenplättchen den Verschluss bildeten. Diese Monstra zeichnen sich alle durch eine der Arhinencephalie eigenthümliche Missbildung des Gesichtsschädels aus[4]).

Auch bei den vorhin erwähnten lebensfähigen Fällen von congenitalem Choanenverschluss sind Anomalien im Bau des Gesichtsschädels, und zwar nicht blos des Gaumens und der Nase, sondern auch der Stirne und der Orbitalknochen vorhanden, so dass möglicher Weise hier Reste von Arhinencephalie unter grösserer oder geringerer Entwicklungshemmung der Riechnerven und des Gesichtsschädels bestehen könnten.

Viel seltener als der knöcherne Verschluss der Choanen scheint der angeborene Weichtheilverschluss derselben vorzukommen. Man beobachtete ihn ebenfalls bei lebensfähigen Individuen sowohl als bei Monstris. Die Verschlussmembran bildete in allen Fällen ersterer Art im Gegensatz zu dem knöchernen Choanenverschluss einen vollständig hinter den Choanen gelegenen, den Fornix mit dem weichen Gaumen verbindenden Vorhang.

Die Operation wurde fast von jedem Operateur in einer anderen Weise ausgeführt. Zur Verwendung kamen Galvanocaustik, trepanförmige Instrumente, zahnärztliche Bohrmaschinen, Troicare und Meissel. Es wurde bald mit, bald ohne Chloroformnarcose operirt. Von besonderer Wichtigkeit ist die Nachbehandlung mit Dauercanülen. Sämmtliche angewendeten Operationsmethoden schliessen Vor- und Nachtheile in sich.

P. S. „Die von mir Ende December 1888 und Anfangs Januar 1889 wegen congenitalem knöchernen Verschluss der Choanen operirte Pat. kann jetzt bei zugebundenen Augen den Geruch sämmtlicher stark riechender Blumen unterscheiden. Es war also auch in diesem Fall der Riechnerv nicht durch angeborene Missbildung verkümmert, sondern durch die 14 Jahre lang nach der Geburt bestandene Inactivität ausser Function gesetzt.

---

[4]) Vergl. Kundrat: „Arhinencephalie als typische Art der Missbildung. Graz 1882".

Digitized by Google

Die Patientin ist jetzt verheirathet und Mutter eines Kindes, welches keinerlei congenitale Missbildungen hat.

Obwohl in der letzten Zeit wieder eine Anzahl typischer Fälle von knöchernem congenitalen Choanenverschluss beobachtet und veröffentlicht wurden, so fehlt bis jetzt immer noch der Sectionsbefund einer derartigen Missbildung und es ist das hier vorliegende anatomische Problem zum Theil noch ungelöst.

Eine aus Weichtheilen bestehende Verschlussmembran, die aus einem Schleimhautfelle und vielleicht auch aus einer Einlage von Muskelfasern bestand, beobachtete ich vor einigen Jahren bei einer älteren Dame. Das Diaphragma erstreckte sich vom Rachendach bis zu der hinteren Fläche des Gaumensegels, und zwar befand es sich in solcher Situation, dass die Tubenöffnungen nach vorn vor dem vorhangartigen Gebilde sich befanden. In dieser Membran befand sich ein glattwandiges, ziemlich grosses, rundes Loch, so dass die nasale Athmung sehr wenig behindert war und die Patientin nicht glaubte, weitere ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen zu müssen.

Sie hatte seit ihrer Geburt keinerlei schwere Krankheiten bestanden und ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass es sich in diesem Fall auch um eine congenitale Missbildung handelte."

Basel, 23. März 1897.

Choanenverlegung durch Schwellung der Tubenwülste.

Von

Dr. **Georg Boenninghaus** in Breslau.

Ich beobachtete kürzlich einen Fall von Choanenverlegung, der seiner Eigenart wegen das Interesse weiterer Kreise zu beanspruchen im Stande sein dürfte:

Der Patient, Stadt- und Polizeisecretär Hasse aus Bolkenhain, 34 Jahre alt, leidet seit vielen Jahren an einem recht quälenden Nasenübel. Die mannigfachen Beschwerden von Seiten der Nase lassen sich im Grossen und Ganzen in drei Punkte zusammenfassen: Zunächst besteht fast stets ein reichlicher, schleimig-eitriger, geruchloser Ausfluss aus beiden Nasenseiten. Zeitweise ist er weniger reichlich, dafür aber dicker, zäher und zu Borkenbildung neigend. Dieser Ausfluss ist im Allgemeinen unabhängig von äusseren Einflüssen. Ferner besteht, selbst wenn die Nase durch Spülungen etc. von Secret gereinigt ist, eine mangelhafte Durchgängigkeit derselben, die jedoch nicht so stark ist, dass der Mund zur Athmung geöffnet werden muss. Auch dieses Symptom ist stets vorhanden. Endlich, und dieses ist der interessante Punkt, tritt bisweilen, und zwar innerhalb weniger Minuten bis zur Höhe sich steigernd, eine fast vollkommene Undurchgängigkeit beider Nasenseiten für Luft ein. Dieses Symptom ist abhängig von äusseren Einflüssen und pflegt sich mit der Sicherheit des Experimentes einzustellen in trockener und staubiger Luft, z. B. im geheizten Büreau, auf der Eisenbahn, und wieder zu verschwinden in guter Luft. Merkwürdiger Weise besteht dieser Verschluss im Schlafe nicht

Digitized by Google

und Patient führt dieses darauf zurück, dass er in einem luftigen und ungeheizten Zimmer schläft. Dieser plötzliche Nasenverschluss ist nun für den Patienten bei seiner Arbeit im Büreau ausserordentlich störend, er ist es hauptsächlich, welcher ihn, besonders im Winter, furchtbar quält, welcher ihm so manchen Lebensgenuss raubt und ihn oft zur Verzweiflung bringt.

Das Leiden begann einige Zeit nachdem der Patient als Knabe von neun oder zehn Jahren einen heftigen Schlag auf die Nase erhalten hatte, wonach sie stark blutete und einige Wochen äusserlich und innerlich verschwollen war. Im Laufe der nächsten Jahre bildete sich, undeutlich und dunkel anfangend, allmählich der oben geschilderte Zustand heraus, welcher dem Patienten aber erst zum vollen Bewusstsein kam, als er etwa 15 oder 16 Jahre war. Vielfach in den nächsten Jahren angewandte ärztliche Maassnahmen, welche vor allen Dingen in sehr häufigen Cauterisirungen der unteren Muscheln bestanden, vermochten diesen Zustand nicht wesentlich zu bessern, doch blieb er, besonders im Sommer, immerhin ein erträglicher, nachdem man den Patienten gelehrt hatte, die Nase vermittelst Gottstein'scher Tamponade von dem zähen und borkigen Secret zu reinigen. Anfangs des Jahres 1896 nun gedieh der Zustand zu einer Höhe, wie sie früher noch nie erreicht war und veranlasste den Patienten, nach langen Jahren wieder ärztliche Hilfe nachzusuchen. Er consultirte nun nacheinander vier bewährte Specialcollegen. Man versagte ihm nirgendwo die Theilnahme, welche sein in lebhaften Farben geschilderter Zustand herausforderte, untersuchte ihn überall auf's Genaueste und versicherte ihn meistentheils, dass seine Nase eher zu weit, wie zu eng sei. Die therapeutischen Maassregeln bestanden in der theilweisen Wegnahme eines Knochenauswuchses und in der Amputation der hinteren Enden der unteren Muschel und beschränkten sich schliesslich auf Ausspülungen, Pulvereinblasungen u. s. w. Eine Besserung wurde jedoch nicht erzielt.

Bei der Untersuchung fand sich Folgendes: Das Septum ist unregelmässig und stark verbogen und zwar der vorderste, unterste, aus seinem Lager luxirte Theil nach links, der mittlere, obere Theil nach rechts, so dass das linke Nasenloch etwa auf die Hälfte verengt und die rechte mittlere Muschel vollkommen verdeckt ist. Die rechtsseitige Verbiegung läuft nach unten in eine sehr stark vorspringende scharfe Leiste aus, die hinten bis an die Choane reicht und unten etwa $1/_2$ cm über dem Nasenboden aufhört. Die rechte untere Muschel ist knöchern gut ausgebildet, die Schleimhaut liegt dem Knochen überall hart an und ist scheinbar vielfach narbig verändert, wohl als Folge der früheren Cauterisirungen. Im unteren, durch die Crista freigelassenen Abschnitt erscheint so die Nase weit und die hintere Rachenwand gut sichtbar, während der obere Abschnitt durch die Verbiegung des Septums und die Crista anscheinend verlegt ist. Ueberall haftet dem Naseninnern zähes, schleimig-eitriges Secret an, welches in grösserer Menge auf dem Nasenboden sich angesammelt hat. Die Luft passirt diese Nasenhälfte ohne Stenosengeräusch. — Die linke Nasenhöhle ist, wie gesagt, vorn stark verengt, in ihren hinteren Theilen jedoch weit, theils durch die Ausbiegung des Septums nach rechts, theils durch die wie rechts

Digitized by Google

veränderte untere Muschel. Die linke mittlere Muschel ist vielleicht etwas atrophisch. Auf der linken Seite haftet überall schleimig-eitriges Secret, am wenigsten aber im Gebiet der mittleren Muschel. Die Luft passirt die linke Nase mit Stenosengeräusch, zieht man aber den Nasenflügel nach aussen, so ist die Passage ungehindert. — Die Nebenhöhlen sind nachweisbar nicht erkrankt. — Die Choanen sind weit, das hintere Ende der unteren Muscheln nicht geschwollen und knöchern sehr gut entwickelt, die Schleimhaut am hinteren Ende des Septums etwas hypertrophisch. — Mässiger glatter Rest der Rachentonsille. Chronische Pharyngitis und Laryngitis.

Dieser Befund erklärte zwei der oben genannten Krankheitssymptome, die abnorme, besonders zu Borkenbildung neigende Secretion durch die diffuse Rhinitis chronica und die auch nach Reinigung der Nase stets bestehende mangelhafte Nasendurchgängigkeit durch die Verbiegung des Septums. Nicht erklären liess sich aber bei dem atrophischen Zustande der Muschelschleimhaut der plötzliche Verschluss der Nase und ich war schon geneigt, anzunehmen, dass ein organischer Verschluss niemals vorhanden sei, wohl aber das Gefühl des Verlegtseins, wie man es oft bei einer zur Eintrocknung des Secretes neigenden Rhinitis auch bei freier Nase beobachtet, als mich der Zufall eines Besseren belehrte. Nachdem Patient schon geraume Zeit an der warmen Lampe gesessen hatte und die Untersuchung beendet war, sagte er, dass seine Nase soeben vollkommen zugeschwollen sei. Ich hiess ihn Luft durch die Nase blasen und thatsächlich erwies sich die Verstopfung auch objectiv als eine nahezu vollkommene. Das Bild bei der Rhinoscopia anterior war aber jetzt dasselbe, wie vorher bei freier Nase, die Muscheln klein, die hintere Rachenwand scheinbar gut sichtbar. Es war mithin sicher, dass die verschliessende Ursache nicht wie gewöhnlich in den unteren Muscheln gelegen sei, sondern sich im Nasenrachenraum befinden müsse. Man sah denselben auch jetzt vollkommen ausgefüllt durch zwei symmetrische, rothe, glatte, pralle, von der Seite des Rachens entspringende Tumoren, die sich in der Mitte beinahe berührten und die Choanen so verlegten, dass nur noch der untere Theil des Septums zu sehen war. Nach Cocainisirung derselben konnte man im Spiegel gut beobachten, wie sie allmählich abschwollen, die Choanen, die vorderen Lippen der Tuben und ihre Oeffnungen freigaben und sich schliesslich zu den hinteren Tubenwülsten verkleinerten. Diese blieben auch nach vollendeter Wirkung des Cocains etwas grösser wie normal, zeigten eine unregelmässige Oberfläche und liessen sich mit dem Finger als schlaffe Wülste hin und her bewegen. Nach Abschwellung dieser Gebilde war die Nasenathmung wieder frei und hiermit bewiesen, dass die Verlegung derselben durch die geschwollenen Tubenwülste bedingt war. Merkwürdig war, dass eine Gehörsstörung oder Sausen niemals vom Patienten beobachtet wurde, dass auch objectiv Gehör und Trommelfelle vollkommen normal waren.

Ich cauterisirte am 13. Juni 1896 den linken und am 20. Juni den rechten Tubenwulst vom Rachen aus bis nahe an den hinteren Umfang der pharyngealen Tubenöffnung und hatte die Freude, am 24. Juli vom Patienten zu erfahren, dass der plötzliche Nasenverschluss

Digitized by Google

seit der Brennung ausgeblieben sei. — Patient wünschte nun auch Befreiung von seinen anderen Beschwerden. Ich versprach ihm das für die stets bestehende leichte Behinderung der Nasenathmung, nicht aber für die abnorme Secretion. Ich entfernte ihm die Crista rechts und das luxirte vordere Septumende links, soweit das ohne Perforirung des Septums möglich war.

Patient stellte sich am 13. December 1896 wieder vor. Die Tubenwülste sind noch grösser wie normal, zeigen eine unregelmässige, narbig eingezogene Oberfläche, fühlen sich fest an und lassen sich nicht mehr mit dem Finger hin und her bewegen. Bei zweimaliger täglicher Reinigung der Nase von dem Secret und bei der Anregung der Secretion durch ein Schnupfpulver von Arg. nitr. ist die Nase stets frei. Patient ist mit dem Errungenen sehr zufrieden, befindet sich in guter Stimmung und ist arbeitsfähiger, denn je.

Um die Natur der Tubenschwellung zu ergründen, versuchte ich, ein Stück des hypertrophischen Wulstes zu microscopischen Zwecken zu entfernen, der Versuch aber misslang, da die Schlinge den Tumor nicht zu fassen vermochte. Berücksichtigt man jedoch die Fähigkeit solcher Tubenwülste, plötzlich zu glatten Tumoren anzuschwellen und auf Cocain bis auf schwache Reste abzuschwellen, so hat man dasselbe klinische Bild vor sich, wie bei den hyperplastischen unteren Muscheln und man ist berechtigt, auch denselben anatomischen Bau wie bei diesen vorauszusetzen, d. h. ein bindegewebiges Stroma, durchsetzt von cavernösen Hohlräumen. Die letzteren entleeren ihr Blut auf Cocain und das erstere bleibt als beweglicher schlaffer Sack zurück.

Eine gewisse Vergrösserung der Tubenwülste kommt nicht so selten bei chronischer Pharyngitis vor, erreicht aber wohl selten die Höhe wie im vorliegenden Falle. In der Literatur wenigstens konnte ich nirgends die Erwähnung eines solchen Zustandes finden.

Practisch ergiebt sich aus diesem Fall die Mahnung, bei plötzlich auftretenden Nasenverlegungen, die sich nicht durch die Schwellung der unteren Muscheln erklären lassen, an solche der Tubenwülste zu denken.

Ein Fall von primärer tödtlicher Blutung nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen.

Von

E. Schmiegelow.

Die primären Blutungen nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen spielen glücklicher Weise eine geringe Rolle. Sehr selten werden Fälle in der Literatur mitgetheilt, wo eine ernsthafte Blutung nach dieser Operation entstanden ist (Bryson Delavan[1]), Cartaz[2]),

[1]) American laryngol. Associat., 11. Meeting 1889. Reports S. 5.

[2]) La semaine médicale, 28. Mai 1890; ref. i. Centralbl. f. Laryngologie, Bd. VIII, S. 57.

Digitized by Google

Woakes[3]), Ruault, Gellé und Beausoleil[4]), und gewöhnlicher Weise hat die Blutung stillgestanden, bevor die Katastrophe eingetreten ist. Dass der Tod in einem von Bryson Delavan mitgetheilten Falle blos nach einer digitalen Exploration des Nasenrachenraums bei einem Kinde eintrat, wird dadurch erklärt, dass das Kind an Hämophilie litt. Thomas French[5]) kennt ausser dem von Bryson Delavan mitgetheilten noch drei Todesfälle in Amerika, wo die Todesursache Blutungen nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen gewesen sind.

Dies ist, soweit uns bekannt, Alles, was in der Literatur von tödtlichen Blutungen nach der Operation wegen adenoider Vegetationen veröffentlicht ist. Hierzu wollen wir noch einen Fall fügen, der neulich in einem Kopenhagener Spitale eingetreten ist.

Der Operateur war ein sehr habiler Mann und hatte die Entfernung manchmal früher ohne besondere Schwierigkeiten ausgeführt. — Es fanden sich keine anatomischen Verhältnisse, die a priori berechtigt hätten, von der Operation Abstand zu nehmen, und doch trat unmittelbar nach der Operation eine so fulminante Blutung auf, dass der Tod in wenigen Secunden eintrat.

Wir sind im Stande, mit der Erlaubniss des Operateurs folgende Mittheilungen über den Fall zu machen:

E. F. Monti, 12 Jahre alt, stellte sich am 23. September 1895 in der Poliklinik des Friedrichspitals in Kopenhagen ein. Er war nur von seiner Schwester begleitet. Pat. klagt über Mangel an Luft in der Nase und dass er immer durch den Mund athmen muss. Er ist für sein Alter klein, hält den Mund immer offen, die Nase ist an den Seiten zusammengedrückt. An beiden Seiten vom Halse, sowohl vor wie hinter Sternocleidomastoideus, sieht man zahlreiche geschwollene Drüsen. Das Aussehen des Pat. ist scrophulös. Bei digitaler Untersuchung des Cavum pharyngonasale wird dasselbe sowohl wie Choanae posteriores als ganz mit Vegetationen angefüllt befunden. Der explorirende Finger wurde ein wenig blutig. Ein Assistent nahm den Pat. auf den Schooss, stützte ihm mit der einen Hand den Kopf, während er mit der anderen seine Hände festhielt. Patient war nicht ängstlich und sass während der ganzen Operation ruhig, ohne sich zu sträuben.

Ein Gottstein'sches Ringmesser wurde in den Nasenrachenraum hineingeführt, indem das Instrument wie ein Federhalter angefasst wurde. Zuerst wurden in der Mittellinie ein paar Striche gemacht, wonach der Griff des Instrumentes etwas nach links geführt wurde, so dass das Messer in der rechten Seite des Nasenrachenraumes wirken konnte, und hier wurden 3—4 Schabungen gemacht. Plötzlich entsteht, ohne dass irgendwie Gewalt angewendet worden, eine sehr profuse Blutung aus Mund und Nase von hellem arteriellen Blute. Da man augenblicklich einsieht, dass grosse Gefahr vorhanden, wird gleich Assistenz herbeigerufen. Patient sank indessen vom Stuhle herunter, er wurde auf einen Tisch gehoben und Jodoformgaze-Tamponade vorn und hinten angelegt. Er schnappte jetzt noch nach Athem, war aber

[3]) Postnasal Catarrh. London 1884. S. 162.
[4]) Bulletin de la Soc. franç. d'otologie, laryngologie XI, 1895, S. 25.
[5]) Brooklyn Medical Journal, 18. April 1893. Sonderabdruck.

Digitized by Google

sehr blass und etwas cyanotisch. Die Blutung hörte auf, sobald die Tamponade angelegt war, aber trotzdem und trotz subcutaner und intravenöser Salzwasserinjectionen kam die Respiration nicht wieder zu Wege.

Das Ganze ging sehr schnell vor sich, zwei oder drei Mal strömte das Blut in einem dicken Strahle aus Mund und Nase heraus und dann sank der Pat. zusammen; sein Aussehen war, nach Angabe des Operateurs, schon damals ein solches, dass man alle Hoffnung aufgeben musste. Der Blutverlust mochte sich wohl ungefähr auf 500 g belaufen.

Dr. Borries nahm am nächsten Tage eine Section vor, welche folgendes Resultat gab: Das Gehirn und seine Gefässe waren wohl am nächsten mit Blut angefüllt (Patient hatte mit dem Kopf nach unten gelegen, und die Extremitäten waren, um Gehirnanämie zu verhindern, mit Bändern umwickelt). Alle die inneren Organe waren ausserordentlich anämisch; Basis cranii und Pharynx wurden in toto ausgenommen. Es zeigte sich, dass die rechte Seitenwand des Nasenrachenraumes in grösserem Umfange beschädigt war, und in der Ruptur waren Ueberreste der Blutung. An der Carotis interna zeigte sich eine zackige Ruptur gerade bevor sie in den Canalis caroticus des Pars petrosa eintritt; dagegen sah man keine Läsion des Gefässes an der Stelle, welche mit der Läsion in der Pharynxwand correspondirte. Zahlreiche Drüsen hinter der Gefässscheide. Die Wand des Gefässes war macroscopisch normal.

Eine ausgiebige Erklärung über die Art und Weise, in welcher das Unglück geschehen, erhält man nicht. Es ist kaum zu bezweifeln, dass die heftige Hämorrhagie von einer Läsion der Carotis interna herrührte und dass die Bedingung für die Pharynxblutung eine Läsion der Seitenwand des Pharynx gewesen ist, durch welche das Blut sich einen Ausgang gesucht. Aber wie ist die Carotis interna gesprungen?

Wir haben bei verschiedenen Gelegenheiten, nachdem wir von dem obengenannten traurigen Fall gehört, bei Exploration des Nasenrachenraumes Versuche gemacht, die Carotis interna durch die Seitenwand zu fühlen, aber immer mit negativem Resultat. Vielleicht hat die grosse Menge geschwollener Drüsen in den Seitenregionen des Halses einen Einfluss auf den tödtlichen Ausgang des Falles gehabt, indem die Carotis interna möglicher Weise dadurch an die Pharynxwand gedrückt worden. Das Gottstein'sche Ringmesser (welches in nichts von den gewöhnlich gebrauchten abwich) hat die Seitenwand lädirt und einen so starken Druck auf die Carotis interna ausgeübt, dass dieselbe dicht oben am Cranium gesprungen ist.

Nachtrag.

Zu meiner Mittheilung in No. 2 dies. Monatsschr. S. 53: „Concrementbildung im Ohr", macht mich Herr Prof. Bezold in liebenswürdiger Weise auf zwei von ihm beobachtete und in seiner „Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde" veröffentlichte ähnliche Fälle, sowie auf die ältere Literatur aufmerksam. Da mir letztere z. Z. nicht zur Verfügung steht, muss ich es mir versagen, jetzt noch einmal auf eine Besprechung dieser anscheinend doch recht seltenen Beobachtungen einzugehen.

A. Barth.

Digitized by Google

II. Referate.

a) Otologische:

Jahresbericht über die an den deutschen Universitäten auf dem Gebiete der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten erschienenen Doctor-Dissertationen (August 1895/96). Von Dr R. Dreyfuss in Strassburg i. E.

A. Ohr.

1) Blaschy, Rudolf: Ueber die Crista supramastoidea des Schläfenbeins. Königsberg 1896.
2) Bloch, Wilhelm: Ueber Ohrblutungen bei Verletzung der grossen Gefässe, mit besonderer Berücksichtigung des Sinus caroticus. Freiburg 1896.
3) Braunberger, Eugen: Ueber die Exostosen des äusseren Gehörgangs. Strassburg 1896.
4) Bruckmayer, Jos.: Ueber das Loretin und seine Anwendung, speciell bei chron. eitriger perforirender Mittelohrentzündung. München 1895.
5) Davidsohn, Edmund: Ueber eitrige Meningitis bei Säuglingen. Berlin 1895.
6) Flammer, Max: Ein Beitrag zur Casuistik der Schädelbasisfracturen. Berlin 1896.
7) v. Gizycki, Maxim.: Ueber traumatische Läsionen des Gehörorgans nach Beobachtungen an der Ohrenklinik in Halle. Halle 1896.
8) Hugel, Karl: Otitis media purulenta chronica und ihre Folgen. Beitrag zur Aetiologie des Cholesteatoms. München 1895.
9) Keller, Paul: Ueber Sarcome des Mittelohres. Würzburg 1895.
10) Langguth, Hugo: Ueber das Carcinom des äusseren Ohres. Strassburg 1896.
11) Müller, Hermann: Ueber operative Behandlung bei Empyem des Proc. mastoideus. Würzburg 1895.
12) Redmer, Konrad: Ueber Spontanheilung von Ohrcholesteatomen. Rostock 1895.
13) Witebsky, Michael: Zur Entwicklungsgeschichte des schalleitenden Apparates des Axolotl. Berlin 1896.

Dem Referenten nicht zugänglich:

14) Jahn, Fritz: Die Radicaloperation bei chron. Mittelohreiterungen und ihre Nachbehandlung. Leipzig 1896.
15) Meyer, Isidor: Ueber einseitige Hallucinationen mit bes. Berücksichtigung eines Falles von einseitigen Gehörhallucinationen. Leipzig 1896.
16) Schichhold, Paul: Ueber die Behandlung der Mittelohr-Eiterungen unter bes. Berücksichtigung des Natrium tetraboricum. Leipzig 1895.

Mit der sorgfältigen Arbeit Blaschy's (1) über die Crista supramastoidea möchte ich die Leser genauer bekannt machen, da bei der z. Z. herrschenden Operations—neigung das Thema ein besonderes Interesse bietet. Blaschy hat es sich zur Aufgabe gestellt, einmal aus der

Digitized by Google

Literatur Alles zu sammeln, was über diese Leiste gesagt worden ist und die Angaben über dieselbe einer Kritik zu unterziehen, zweitens an dem Material der Königsberger Schädelsammlung das verschiedene Verhalten der Crista selbst zu beobachten, an Präparaten die anatomischen Verhältnisse, insbesondere der Weichtheile, zu prüfen und darnach, sowie nach den Angaben der Autoren eine befriedigende Erklärung über das Wesen der Leiste zu geben. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Die Entstehung der Crista supramast. fällt in die Zeit vom 8.—11. Jahr, von welcher Zeit ab sie sich bei beiden Geschlechtern bis zur Pubertät ziemlich gleichmässig entwickelt und mehr den Character einer diffusen Vorwölbung besitzt, an welcher sich die Linea temp. inf. mehr oder weniger weit hinauf erstreckt. Von da ab ist die Entwicklung der Crista supramast. bei beiden Geschlechtern verschieden. Beim Manne wird sie weitaus in den meisten Fällen zu einer stark prominenten Hervorragung von der Gestalt eines Wulstes oder einer dachartigen Kante, während sich beim Weibe ihr kindlicher Character mehr oder minder ausgesprochen erhält und in der Mehrzahl nur dadurch eine Aenderung erfährt, dass die Lin. temp. weiter auf die diffuse Vorwölbung hinaufrückt. Bei beiden Geschlechtern kommen Uebergänge zwischen der ausgesprochen männlichen und weiblichen Form der Crista bis zu einem gewissen Punkte und in beschränkter Anzahl vor. Länge, Längsverlauf und Gestalt der Crista sind in gewissem Sinne abhängig von der Lage des Punktes, an welchem die Linea temporal. die Schuppennaht überschreitet und von dem Grad ihrer Abweichung nach rückwärts. Die Cr. supr. ist keine reine Muskelleiste; bis zur Zeit der Pubertät ist sie einzig und allein der Ausdruck einer allmählig stärker hervortretenden Wölbung der äusseren Knochenlamelle der Schläfenschuppe, hervorgerufen durch eine gesteigerte Ausbildung der Cellulae squamosae, bezw. durch die gesteigerte Bildung eines der Entstehung jener Zellen vorangehenden spongiösen Gewebes im Innern des Knochens. Die stärkere Ausbildung der Crista von jener Zeit ab entsteht unter dem Einfluss des M. temporalis und seiner Fascie, von denen ersterer in ziemlicher Stärke an oder auf ihr endigt, letztere mit der Gesammtheit ihrer Fasern an oder auf ihr entspringt.

Aus Witebsky's (13) entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen am Axolotl ergiebt sich, dass das Operculum und die Columella nicht von der Labyrinthkapsel abstammen, sondern ein einheitliches Gebilde darstellen, welches sich vom Visceralskelett herleitet, und zwar vom oberen Abschnitt des zweiten Schlundbogens, des Hyoidbogens. — Ref., der selbst bisher nicht publicirte Untersuchungen am Frosch angestellt hat, kann den ersten Theil der These Witebsky's bestätigen, glaubt jedoch, dass die Abstammung der Mittelohrgebilde der Amphibien vom Hyoidbogen durchaus nicht über allen Zweifel erhaben ist, sondern dass vielmehr eine selbstständige, unabhängige Entwicklung viel wahrscheinlicher ist. Witebsky befindet sich im Irrthum mit seiner Behauptung, dass die neueren Forschungen über die Stapesanlage beim Säugethier für dessen Abstammung vom Hyoidbogen sprächen. Im Gegentheil neigen Siebenmann und Ref., die beide an einem grossen Material ihre Untersuchungen anstellten, zur Annahme einer selbstständigen Entstehung des Stapes.

Digitized by Google

Die Frage über die Homologie der Mittelohrgebilde wagt Witebsky noch nicht zu entscheiden. Ref. glaubt, dass wir auf Grund der vielen Untersuchungen, die auf diesem Gebiet bereits vorliegen, immerhin sagen können, dass der Stapes der Säuger im Operculum + Columella der Amphibien, Reptilien und Vögel sein anatomisches Homologon hat, dass aber für Hammer und Ambos der Säuger ein anatomisches Homologon im Mittelohr der übrigen Thierklassen nicht existirt. Dabei lässt Ref. die Frage offen, ob für Hammer und Ambos überhaupt ein Homologon existirt.

Der Inhalt der W. Bloch'schen These (2) ist den Lesern wohl schon aus einer Publication seines Lehrers E. Bloch bekannt. Er betrifft den unglücklichen Zufall, dass bei einer wegen Cholesteatom und Caries vorgenommenen Radicaloperation und Auskratzung des Bodens der Paukenhöhle der Sinus caroticus angerissen wurde. Die Blutungen zogen sich lange hin, endeten aber schliesslich mit dem Tode des Patienten.

Die Arbeit von Gizycki's (7) bringt ein etwas ungeordnetes Gemisch von 31 Fällen traumatischer Läsion des äusseren, mittleren und inneren Ohres aus der Hallenser Ohrenklinik. Die klinischen Befunde sind vollständig, jedoch wird über die Art der Behandlung und, was am meisten interessiren würde, die endgiltigen Heilungsresultate ziemlich flüchtig hinweggegangen.

In der Keller'schen (9) „Ueber Sarcome des Mittelohrs" betitelten Arbeit handelt es sich um zwei Carcinome und ein Myxosarcom. Die Fälle sind bereits von seinem Lehrer Kuhn im Archiv f. Ohr., bezw. in der Deutschen medic. Wochenschr. veröffentlicht.

Langguth (10) berichtet über zwei Fälle von Carcinom des äusseren Ohres aus der Strassburger Ohrenklinik. Der eine bietet besonderes Interesse, da es sich um ein Endothelialcarcinom der Ohrmuschel handelte.

Flammer (6) giebt einige Ohrbefunde bei Basisfracturen.

Bei drei Säuglingen, von denen Davidsohn (5) berichtet, war zweimal die eitrige Meningitis durch eine eitrige Mittelohrentzündung verursacht. Einmal waren keine bestimmten äusserlichen Symptome der Meningitis und der Otitis vorhanden, so dass man intra vitam an Säuglingsatrophie gedacht hatte, bis die Section Klarheit brachte. Davidsohn schliesst mit den Worten: „Man möchte vielleicht in der Annahme nicht fehlgehen, dass man dieselbe Todesursache noch in manchen Fällen, in denen plötzlich eine starke Abmagerung ohne recht ersichtlichen Grund auftritt, feststellen könnte, wenn man, anstatt sich mit der Diagnose Atrophie zu begnügen, auch bei noch so jungen Kindern jedes Mal die Section der Schädelhöhle vornehmen würde".

B) Nase und Nasenrachen.

17) Baldewein, Rudolf: Die Rhinologie des Hippokrates. Rostock 1896.

18) Boluminski, Otto: Beiträge zur Tuberculose der oberen Luftwege. Erlangen 1895.

19) Cohn, Walter: Ueber Sarkome der Nasenscheidewand. Königsberg 1896.

Digitized by Google

20) Edelbrock, Joseph: Die Perforation der Nasenscheidewand. Würzburg 1895.
21) Funke, Ernst: Beiträge zur Anatomie des Ramus maxill. nervi trigemini. Königsberg 1896.
22) v. Gerszewski, Walter: Ueber Tuberculome der Nase. Königsberg 1896.
23) Giese, Franz: Ueber die Erfolge der Operation adenoider Vegetationen in der Kieler Poliklinik für Ohrenkrankheiten. Kiel 1896.
24) Hupperz, Gustav: Die Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Behandlung. Marburg 1896.
25) Koch, Joseph: Ein Beitrag zur Kenntniss der syphilit. Erkrankung des Oberkiefers. Greifswald 1896.
26) Kollbrunner, Emil: Ueber totale Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand. Strassburg 1896.
27) Kolmer, Georg: Ein Fall von Schlauchsarcom der Nase. München 1896.
28) Krieger, Max: Ueber die Geschwülste der Hypophysis. Greifswald 1895.
29) Küsel, Walter: Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Nasenscheidewand. Königsberg 1896.
30) Mierendorff, Rich.: Ueber die Osteome der Nasenhöhle. Greifswald 1895.
31) Monjé, Paul: Ueber Enuresis nocturna im Zusammenhang mit aden. Vegetationen im Nasenrachenraum. Bonn 1896.
32) Müller, Max: Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Anosmie. Jena 1896.
33) Neidhöfer, Carl: Ectopie der Zähne, speciell in Beziehung zur Eiterung des Antrum Highmori. Marburg 1895.
34) Prausnitz, Georg: Ueber Fremdkörper in der Nase und Rhinolithen nebst einem neuen Fall von Zahnentwicklung in der Nase. Würzburg 1895.
35) Schmidt, Ernst E. L.: Ueber das postembryonale Weiterbestehen des Jacobson'schen Organes und Knorpels beim Menschen. Berlin 1896.
36) Schreiber, Kurt: Ueber die Geschwülste des Nasenrachenraums. Königsberg 1896.
37) Schwiecker, Fritz: Empyema antri Highmori. Würzburg 1894.
38) Seiffer, F. W.: Störungen des Sehorgans bedingt durch Erkrankung der Stirnhöhlen. Strassburg 1895.
39) Skrodzki, Wilhelm: Zur Aetiologie der Nebenhöhlenempyeme. Berlin 1895.
40) Spurgat, Fr.: Beiträge zur vergl. Anatomie der Nasen- und Schnauzenknorpel des Menschen und der Thiere. Freiburg 1896.
41) Stier, Ferd.: Untersuchungen ü. d. Verbiegungen der Nasenscheidewand, angestellt an der Schädelsammlung des anat. Inst. zu Rostock. Rostock 1895.
42) Waldow, Adolf: Unters. ü. d. Kiefermissbildungen in Folge von Verlegung der Nasenathmung. Rostock 1895.
43) Westermann, Ferdinand: Zur Diagnostik und Therapie des Empyema antri Highmori. Jena 1896.

Digitized by Google

44) Wilkens, J. A.: Ueber die Bedeutung der Durchleuchtung für die Diagnose der Kieferhöhleneiterung. Freiburg 1896.
45) Witzel, Julius: Ueber Zahnwurzelcysten, deren Entstehung, Ursache und Behandlung. Freiburg 1896.
Nicht zugänglich:
46) Morgenstern, Alfred: Die Ansichten über die Aetiologie der Ozaena mit bes. Berücksicht. der Abel'schen. Leipzig 1896.
47) Müller, Paul: Ueber Nasenrachenpolypen. Leipzig 1896.
48) Niemann, Ludwig: Das Ulcus perforans septi nar., eine Berufskrankheit der Mühlenarbeiter in den Salzbergwerken. Leipzig 1895.
49) Rode, Emil: Literarische und klinische Studien zur Ozaenafrage. Leipzig 1896.

Die Resultate der Spurgat'schen Untersuchungen (40), die in erweiterter Form in Schwalbe's „Morpholog. Arbeiten", Jahrgang 1896, erschienen sind, eignen sich nicht zu einem kurzen Referat.

Das Gleiche gilt von der Arbeit Funke's (21), der im Königsberger anat. Institut Untersuchungen anstellte über die Lage und topographischen Beziehungen des Stammes und derjenigen Aeste des Ramus maxillaris trigemini, welche für die Gesichtsneuralgien von Bedeutung sind.

Die Patientin von Kolmer (27) litt an einem perithelialen Lymphangiosarcom der äusseren Nase, das secundär auch das ganze Naseninnere und die Highmorshöhle ergriffen hatte. Die Krankengeschichte ist nicht vollständig, sondern schliesst mitten in der Nachbehandlung ab. Der Autor gebraucht mit merkwürdiger Constanz den Ausdruck „Choane" statt „Concha"!

Im Falle Mierendorff's (30) handelte es sich um ein vom Siebbein ausgehendes Osteom bei einer 52jährigen Frau, das auf der innern Orbitalseite hervortrat und von Helferich radical operirt wurde. Zur Vermeidung einer stärkeren Entstellung wurde eine Unterfütterung mittelst Umklappen eines Hautlappens von der Stirne her vorgenommen. Der Arbeit ist eine Abbildung des exstirpirten Tumors in Lichtdruck beigegeben.

Boluminski (18) giebt eine Casuistik von 4 Fällen von Tuberculose der Nasenhöhle, des Gaumens, Pharynx und Larynx aus Gerber's Ambulatorium.

Von den von Koch (25) mitgetheilten Krankengeschichten interessirt besonders die dritte, wo es sich um eine syphilitische Geschwulst der Highmorshöhle handelte und der pathol. Anatom ein „Carcinom mit drüsigem Bau" constatirte, das nach specifischer Behandlung ausheilte.

Cohn (19) beschreibt 3 Fälle von Sarcom des Septums aus der Praxis Kafemann's.

Edelbrock (20) berichtet ausser einer Statistik der im Seifert'schen Ambulatorium beobachteten Fälle von Perforatio septi cartilaginei (19 in den Jahren 1890—95) über das Ergebniss einer rhinoskopischen Untersuchung von 45 Arbeitern der Karlstadter Cementfabrik. Bei keinem wurde eine Perforation entdeckt. Wohl aber wurde von den Arbeitern angegeben, dass ihnen der Cementstaub besonders im Anfang

Digitized by Google

ihrer Thätigkeit fortwährenden Schnupfen mache. Die grosse Mehrzahl der Arbeiter pflegt Abends die Nase mit lauwarmem Wasser zu reinigen.

Schmidt's (35) Untersuchungen über den Jacobson'schen Knorpel bieten nichts Neues.

Aus der Arbeit von Stier (41) ist der Referent, wie er leider gestehen muss, nicht klar geworden. Stier, der unter Körner's Aegide die Rostocker Schädelsammlung bezüglich Form und Grösse der knöchernen Nasenscheidewand durchforschte, hat nämlich vergessen anzugeben, zu welchem Zweck dies geschah. Das relativ kleine Material berechtigt, wie Verfasser selbst zugiebt, zu keinen Schlüssen, und wenn er sagt, dass es ihm „vielmehr darauf ankam, durch die Art der Fragestellung den Gegenstand zu fördern und zu Nachuntersuchungen an grösserem Material nach dem gleichen Schema anzuregen", so muss Ref. nochmals betonen, dass von einer „Fragestellung" in der ganzen Arbeit eigentlich kaum die Rede ist, und wo dies wirklich geschieht, da tritt die Knappheit des Materials einer Lösung hindernd in den Weg.

Anosmie im Gefolge der Syringomyelie ist bis jetzt noch nie beobachtet worden. Im Falle Müller's (32) fehlt Mangels Section jeder Beweis, dass die während des Nervenleidens aufgetretene Anosmie mit diesem in Zusammenhang stehe, und nimmt sich daher die Diagnose „Gliose der Nervi olfactorii" etwas eigenthümlich aus.

Die Nebenhöhlenaffectionen waren auch in diesem Jahre Gegenstand mehrfacher Bearbeitung.

Zum Empyema antri Highmori jedoch einen ausschliesslich casuistischen Beitrag zu liefern (12 Fälle), ohne der Sache einen neuen Gesichtspunkt abzugewinnen, ist heut zu Tage nach des Ref. Ansicht selbst für Verfasser von Doctordissertationen kaum mehr angängig, und so kann ich von der übrigens fleissig geschriebenen Arbeit Schwiecker's (37) nichts weiter als den Titel vermelden.

Skrodzki (39) giebt einen Ueberblick über die verschiedenen Theorien betr. die Aetiologie der Nebenhöhleneiterungen und zum Schluss einen sehr transcursorischen Bericht über 150 Fälle der Jahre 1887—95 aus der Berliner Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke.

Westermann (43) schlägt behufs Offenhaltung der künstlich angelegten Alveolaröffnung das Tragen einer Dauercanüle vor, welche an einer Gaumenplatte befestigt ist. Eine Zeichnung erläutert die Form der Prothese.

Wilkens' (44) lesenswerthe Arbeit giebt zunächst einen historischen Rückblick über die verschiedenen Durchleuchtungsmethoden der Kieferhöhle und die Ansichten über deren Werth. Weiter berichtet W. über seine eigenen, in Burger's und Baginsky's Polikliniken gesammelten Erfahrungen und beschreibt das Resultat von 45 Untersuchungen aus Burger's Praxis. Seine Casuistik umfasst 24 acute Fälle, unter welchen 1 doppelseitig, und 21 chronische, worunter 5 doppelseitige.

Bei den 23 Fällen einseitiger acuter Eiterung war die gesunde Wangenhälfte fast immer gut, nur 2 Mal mässig, 1 Mal gar nicht durchleuchtet.

Digitized by Google

Dagegen war die kranke Seite, bis auf 4 Ausnahmen, stets vollständig dunkel, 3 Mal war sie mässig erleuchtet bei guter Durchleuchtung der gesunden Seite und 1 Mal bestand kein Helligkeitsunterschied zwischen beiden Seiten.

Bei diesen 23 Kranken war die objective Erleuchtung der Pupille auf der gesunden Seite 13 Mal eine gute, 1 Mal schwach, 9 Mal fehlte sie. Die Pupille über dem kranken Antrum war in keinem Falle sichtbar.

Die subjective Lichtempfindung kam in allen 23 Fällen jeweils nur auf der gesunden Seite zu Stande.

Der Durchleuchtungsbefund nach der Heilung wurde nicht in allen Fällen notirt; wo aber eine zweite Durchleuchtungsprobe stattfand, ward ohne Ausnahme eine Aufhellung der früher verdunkelten Seite constatirt. Die Aufhellung war jedoch nicht immer eine vollständige, wohl aber war die subjective Lichtempfindung nach der Heilung stets eine bilaterale.

Nicht so gesetzmässig waren die Durchleuchtungsresultate bei den 16 einseitigen chronischen Fällen, wenn sie auch im Allgemeinen mit den acuten correspondirten. So war die Pupille 3 Mal leuchtend und dementsprechend auch subjectiver bilateraler Lichteindruck vorhanden.

Nach der Heilung mehrerer chronischer Fälle zeigte sich ein analoges Verhalten wie bei der Heilung acuter.

Die Durchleuchtungsbefunde der doppelseitigen Eiterungen, die ja von nicht so grossem diagnostischen Werthe sind, mögen im Original nachgesehen werden. Zum Schluss fasst Wilkens die Resultate seiner Untersuchungen in 21 Thesen zusammen.

Er erblickt in der Durchleuchtung, obwohl sie weder in positivem, noch in negativem Sinne eine absolute Sicherheit gewährt, doch ein sehr werthvolles Hilfsmittel für die Diagnostik der Kieferhöhleneiterungen.

Hupperz (24) bringt eine Casuistik von 7 verschiedenen Erkrankungen der Stirnhöhlen aus Küster's Praxis.

Seiffer (38) beschreibt 2 Fälle von Stirnhöhlenentzündung. Der eine war traumatischen Ursprungs, der andere vielleicht rhinogen. Operation von aussen. Ein rhinoscopischer Befund fehlt bei beiden.

Giese (23) giebt einen Ueberblick über die in der Kieler Ohrenpoliklinik während der Jahre 1891—95 vorgekommenen Fälle von adenoiden Vegetationen. Im Ganzen wurden operirt 1428 Fälle, darunter 481 Fälle mit Gottstein's Curette, 231 Fälle mit dem Fingernagel, 716 Fälle mit Gottstein und Fingernagel. — Es waren von diesen Fällen Recidive nur nach Anwendung von Gottstein's Curette nachzuweisen, und zwar im Ganzen 111 auf 481. Giese tritt daher für die der Gottstein'schen Raclage folgende gründliche Entfernung der Reste mit dem Fingernagel ein; bei ganz weichen Massen genüge der Fingernagel allein.

Monjé (31) berichtet über 3 Fälle von aden. Vegetationen, wo durch Wegsammachung der oberen Luftwege nur ein vorübergehender, kein dauernder Erfolg bezüglich der Verhütung der Enuresis erzielt wurde.

Die fleissige Arbeit von Waldow (42) ist in ihrem ersten Theil

Digitized by Google

ein weiterer Ausbau der Körner'schen Untersuchungen über die Kiefermissgestaltung bei Behinderung der Nasenathmung durch aden. Vegetationen. Im zweiten Theil beschäftigt sich der Verf. mit der Gestaltung des Oberkiefers bei andersartigem Nasenverschluss, im Besonderen bei der Atresia choanalis congenita, und constatirt, dass in diesen Fällen eine Missgestaltung des Oberkiefers zu finden sei, wie sie bei aden. Vegetationen vor dem Zahnwechsel beobachtet werde, dass aber niemals die V-Form des Oberkiefers auftrete, die sich bei Kindern finde, welche über den Zahnwechsel hinaus mit der Vergrösserung der Rachentonsille behaftet bleiben. Eine Erklärung für dieses abweichende Verhalten bei anderweitig behinderter Nasenathmung vermag Verf. nicht zu geben.

Schreiber (36) giebt eine Systematik der Nasenrachentumoren unter Anführung einiger Fälle aus Gerber's Ambulatorium.

Die Arbeit Krieger's (28) enthält die klinische und die anatomische Beschreibung eines Rundzellensarcoms der Hypophysis, das nach der Nase und dem Nasenrachenraum durchgewachsen war. Beigefügt ist ferner die anatomische Description zweier ähnlicher Präparate aus dem patholog. Institut zu Greifswald.

In beiden Fällen Kollbrunner's (26) handelt es sich um hereditär luetische Mädchen im Pubertätsalter, Patienten der Strassburger Ohrenklinik. Die erste der Patienten — die zweite kann, da die Behandlung noch nicht abgeschlossen, weniger in Betracht kommen — wurde mit einem glänzenden Resultat entlassen und auch noch nach 4jähriger Beobachtung ein dauernder Erfolg erzielt. Patientin trug 1 Jahr lang eine sinnreich erfundene Prothese (dieselbe ist auf einer Tafel abgebildet), um die künstliche Oeffnung zwischen Nasen- und Mundrachen offen zu halten. (Schluss folgt.)

Ein Fall von otitischen Hirnabscessen im Hinterhauptslappen. Von Dr. Morf (Winterthur). (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXIX, 3.)

Der Autor liefert mit vorstehendem Aufsatze, dessen Ueberschrift schon die beiden interessantesten Punkte hervorhebt, einen bemerkenswerthen Beitrag zur Pathogenese der Hirnabscesse. Ein 56jähriger, bis dahin gesunder Mann, zieht sich Mitte Nov. durch eine starke Erkältung heftige Schmerzen im rechten Ohre und Hinterkopf zu. In der dritten Woche zweimalige Paracentese des Trommelfells, ohne dass sich Eiter oder Schleim entleert; Ohrschmerz nicht gelindert. In der elften Woche leichte ödematöse Schwellung am Warzenfortsatz, hintere obere Gehörgangswand stark gesenkt, keine Otorrhoe. Zwei cm hinter dem Warzenfortsatz eine auf Druck schmerzhafte Stelle am Schädel. Nach weiteren zehn Tagen Anschwellung über und vor der Ohrmuschel, in der Tiefe Fluctuation; vor wie nach kein Fieber. Eröffnung des subperiostalen Abscesses und des Antrum mastoideum; Warzenfortsatz ohne Eiter, elfenbeinhart, in zwei cm Tiefe das sehr verkleinerte Antrum, auch dort kein Eiter, nur geschwellte Schleimhaut, freie Communication mit der Pauke. In den nächsten fünf Wochen stetige Besserung des Allgemeinbefindens, jedoch noch anhaltender Kopfschmerz, der sich dann wieder besonders über dem Ohre und in der rechten Stirnhälfte

Digitized by Google

steigert, kein Fieber, Pulsbeschleunigung, Erbrechen. In den nächsten acht Tagen stark ausgesprochene Neuritis optica rechts, wenig links, Ohr stets frei. Die nächsten vier Wochen ändern am Gesammtbilde nichts, dann traten Lähmungserscheinungen beider Extremitäten und des Facialis linkerseits auf, sowie völlige linksseitige Hemianästhesie. Keine Hemiopie; kein Fieber. Diagnose: otitischer Schläfelappenabscess; Operation vom Patienten abgelehnt. Tod nach weiteren vier Tagen. — Bei der Section, die sich auf den Kopf beschränkte, fand sich $2^1/_2$ cm hinter dem Knie des rechten Sinus transversus die Dura in Francstückgrösse braunroth verfärbt und verdickt, mit der Pia leicht verklebt. Die anliegende Hirnpartie entspricht der Mitte der dritten Occipitalwindung und enthält zwei Abscesse; der kleinere 2—3 mm unter der Hirnoberfläche, von 3 cm Durchmesser, steht durch einen 1 cm langen Fistelgang mit dem grösseren Abscess in Zusammenhang; letzterer hat 4,8 cm im sagittalen, 3,2 cm im frontalen Durchmesser, enthält zwei Esslöffel Eiter, keine Balgmembran. Unterhalb der kranken Durastelle befindet sich ein 2—3 qcm grosser, $^1/_2$ cm tiefer, mit Granulationen ausgefüllter Knochendefect, dicht unterhalb der Linea transversa, also in der Kleinhirngrube; es entspricht mithin die erkrankte Durapartie (resp. die erkrankte Hirnpartie) nicht dem Knochendefecte, liegt vielmehr oberhalb desselben. Von diesem Knochendefecte führt ein $3^1/_2$ cm langer feiner Knochencanal schräg abwärts zu der einzigen, im sclerosirten Warzenfortsatz noch bestehenden hanfkorngrossen Zelle: dieselbe liegt nur wenige mm entfernt von der Hinterwand des Operationscanals ohne Verbindung mit diesem, und enthält ebenso wie der Knochencanal keinen Eiter, sondern nur Granulationen. Alle Sinus frei, Paukenhöhle, Labyrinth und Wasserleitungen, Acusticus und Facialis unverändert. — Vorliegender Fall bietet mancherlei Interesse, die Entwickelung eines multiplen Hirnabscesses nach einer acuten, nicht eitrigen Mittelohrentzündung, ohne Warzenfortsatzeiterung, aber bei ausgesprochener Sclerose desselben, sodann die Erkrankung einer weit vom Ohr gelegenen Knochenpartie, und vor Allem die Abscessbildung nicht der Knochenerkrankung entsprechend im Kleinhirn, sondern in dem höher gelegenen Hinterhauptlappen; sodann das Fehlen von Hemiopie — alle diese Punkte werden einer ausführlichen epikritischen Besprechung unterzogen; gleichwohl behält der Fall manches Unaufgeklärte, auch steht der möglichst einwandfreien Beurtheilung des Krankheitsprocesses der Umstand im Wege, dass die Section keine allgemeine sein konnte. Keller.

Ohrensuppositorium. Von Dr. Laaser, Insterburg. (Allg. med. Centralztg. 1896, No. 98.)

L. empfiehlt Ohrensuppositorien, deren Masse selbst aus Cacaobutter und Olivenöl besteht, in welche ein Wattetampon eingefügt ist und die als Medicamente eine Combination von Menthol, Cocain und Resorcin enthalten. Er wendet die Suppositorien an bei allen äusseren Gehörgangsentzündungen, gegen Verhärtung des Ohrentalgs, die mit Ohrenschmerzen einhergeht und gegen Ohrensausen, das als Nachwirkung einer Otitis externa, Ohrentalgansammlung etc. fortbesteht.

Digitized by Google

Die Ohrsuppositorien werden in das kranke Ohr eingeführt, sollen 30 Minuten wirken, dann wird mit warmem, durchgekochtem und durchgesiebtem Camillenthee ausgespült und nach Austrocknung ein neues Suppositorium eingeführt. Die beschriebenen Suppositorien sind in zwei Grössen bei Herrn Apotheker Radlauer erhältlich.

Dr. Kahn.

---

b) Rhinologische:

Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Unregelmässigkeiten der Nasenscheidewand mittelst der electrisch getriebenen Sägen. Von Prof. Dr. M Schmidt in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngol. etc. 1896, Bd. V, p. 14.)

Beschreibung der Methode, welche von Sch. mit dem von Spiess abgebildeten und nur wenig abgeänderten Instrumentarium innerhalb der letzten 13 Jahre in 150 Fällen zur Anwendung gebracht wurde. Sie ist nahezu schmerzlos, rasch ausführbar und kann ambulatorisch vorgenommen werden. — Unter den Nachtheilen der Operations-Methode spielen die zeitweilig nicht ganz geringen Blutungen und Nachblutungen eine Hauptrolle, doch lassen sich dieselben, wie es scheint, bei strenger Innehaltung der vom Autor angegebenen Vorsichtsmaassregeln vielfach vermeiden. Indicationen zur Operation bilden: Unwegsamkeit der Nase, Asthma, Synechien. Contraindicationen: frische Entzündungen in der Nase und eiternde Hauterkrankungen am Naseneingange, die man vor der Operation heilen lassen muss. Beschorner.

Ueber die entzündlichen Abscesse der Nasenscheidewand. Von Dr. A. Gougenheim in Paris. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. V, p. 69, 1896.)

Diese Affection, fast ausschliesslich durch äussere Schädigungen veranlasst, hat zumeist am vordern untern Theile der Nasenscheidewand ihren Sitz. Meist ist der Abscess doppelseitig und als erstes und hauptsächlichstes Symptom die Nasenverstopfung, bedingt durch Geschwulst innerhalb der Nase, zu verzeichnen. Diese, meist doppelseitige Geschwulst, welche gewöhnlich über die Mündung der Nasenhöhle hervortritt, ist von blassroth-grauer Farbe, hart oder fluctuirend anzufühlen und entsteht sehr rasch nach dem Insulte. Sie verschwindet nie spontan, giebt vielmehr leicht zu Entzündungen in der Nachbarschaft Veranlassung, bis die künstliche Eröffnung baldige Heilung bewirkt. Complicationen und Nachkrankheiten sind bei streng antiseptischer Behandlung nicht zu befürchten. Sechs von H. Ripault und G. Desveaux gesammelte Beobachtungen einschlägiger Fälle bilden den Abschluss der Arbeit. Beschorner.

Digitized by Google

Antistreptococcen-Serum-Therapie bei chronischer Rhinitis mit Nachweis von Streptococcen. (Sérothérapie antistreptococcique dans les rhinites chroniques à streptocoques.) Von Dr. Boucheron. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. IX, No. 6, November/December 1896.)

Entzündliche Erkrankungen der Nasenrachenschleimhaut und der Tonsillen mit Streptococcen-Einwanderung heilen zwar oft endgiltig, haben aber auch zuweilen die Neigung zu acuter oder subacuter Wiederkehr und widerstehen dann nicht selten hartnäckig einer localen bezw. inneren medicamentösen Therapie. In diesen Fällen, namentlich auch, wenn sie einen benachbarten Sinus, das Ohr, den Thränensack etc. mit betreffen, soll die Serumtherapie nach Marmorek ihre Anwendung finden. Dieses Serum ist (nach B.) wirksam als hypodermatische Injection zu 3 ccm pro Dose. Nach der zweiten, manchmal schon nach der ersten Einspritzung tritt Besserung ein, die eitrig-schleimige Secretion vermindert sich, die Secretkrusten verschwinden, die Schleimhaut-Schwellung nimmt ab, die Möglichkeit einer Nasenathmung stellt sich wieder ein, Blutungen kehren nicht wieder, die Ulcerationen der Nasenscheidewand und der Muscheln vernarben. — Ebenso rasch hört die eitrige Absonderung aus den Nebenhöhlen auf. — Das gemeinsame Auftreten der Staphylococcen mit Streptococcen verzögert diesen günstigen geschilderten Verlauf sehr wesentlich. Beschorner.

Die operative Behandlung der Osteome der Nasenhöhle und eine neue Prothese für den Oberkiefer. Von P. J. Tichow. (Letopis russk. Chirurgii 1896, No. 6.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von breitbasigem Osteom der Nasenhöhle, die an der chirurgischen Hospitalklinik von Prof. Rasumowsky in Kasan operirt wurden. In beiden Fällen waren sehr ausgedehnte und eingreifende Operationen nothwendig. In dem einen Falle musste der zur Deckung des Defectes nothwendige Hautlappen aus cosmetischen Rücksichten über einer von Prof. Rasumowski construirten, aus Golddraht und durchlöcherten Goldplatten bestehenden Prothese zusammengenäht werden.

Aus dem postoperativen Verlaufe des zweiten Falles (26jährige Patientin, zwei Mal operirt) sei hervorgehoben, dass Patientin an beiden Augen erblindete, und zwar am rechten nach der ersten Operation in Folge Vereiterung der Hornhaut, am linken, wo vor der zweiten Operation schon Exophthalmus bestand, nach der zur Entfernung des Geschwulstrestes nothwendigen Abmeisselung, wobei an einer begrenzten Stelle der Schädelbasis die Schädelhöhle eröffnet wurde. Verf. setzt voraus, dass von dieser Stelle aus sich ein Knochensprung bis zum Foramen opticum fortsetzte, der einen Bluterguss in die Scheiden des N. opticus bedingte, und zieht daraus den Schluss, bei ähnlichen Operationen dem Verhalten der Augen die grösste Aufmerksamkeit zu widmen. Gorodecki.

Digitized by Google

Neue Zange zur Entfernung adenoider Vegetationen. (Nouvelle pince à végétations adénoides.) Von Dr. Courtade. (Arch internat. de laryngol. etc., Bd. IX, Heft 6, November/December 1896.)

Eine der Jurasz'schen ähnliche Zange, deren, in scharfe Löffel endende Branchen so zu einander gestellt sind, dass beim Gebrauche die Gefahr einer Verletzung gesunden Gewebes wesentlich vermindert ist. In vier Grössen hergestellt. Zum Zwecke gründlicher Desinfection leicht auseinander zu nehmen. Beschorner.

Die Autoscopie des Nasenrachenraumes. Von Dr. J. Katzenstein in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. V, p. 283, 1896.)

Diese Untersuchungs-Methode wird am „hängenden Kopfe" ausgeführt und gewährt den Fortschritt, dass Nasenrachentumoren und adenoide Vegetationen unter directer Führung des Auges, ohne Spiegelung, zu operiren sind und dass ferner die Catheterisirung der Tuba Eustachii vom Nasenrachenraume aus unter directer Führung des Auges ermöglicht wird. Die Untersuchung kann mit jeder Beleuchtung ausgeführt werden. Beschorner.

Photographie der Nasenhöhlen und des Kehlkopfs mit Hilfe der Röntgen-Strahlen. (A propos de la photographie des cavités des fosses nasales et du larynx au moyen des rayons de Röntgen.) Von Dr. Alex Scheier in Berlin. (Arch. internat de laryngol. etc., Bd. IV, No. 6, November/December 1896.)

Vortrag über genannten Gegenstand, Beschreibung seiner Methode und Darlegung von photographischen Abbildungen: 1) der Nasenhöhlen mit Einlagerung eines metallischen Fremdkörpers; — gleichzeitig ist der Sinus frontalis sichtbar; 2) eines Kehlkopfes, in welchem eine Nadel zwischen den Aryknorpeln, parallel den Stimmbändern, sehr deutlich erkennbar ist; 3) tuberculöser Drüsenanschwellungen, welche Luftröhre und Kehlkopf umgeben. In die Substanz der Geschwulst ist eine Cyste von Pflaumengrösse eingelagert, welche sich durch hellere Färbung zu erkennen giebt. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Interessanter Fall einer gutartigen Geschwulst am Halse (Struma cystica accessoria). Von A. W. Minin. (Letopis russk. Chirurgii 1896, No. 4.)

Es handelte sich um eine 35jährige Frau, die an der rechten Seitenregion des Halses einen apfelsinengrossen, mit dem Kehlkopf zusammenhängenden fluctuirenden Tumor aufwies. Derselbe liess sich leicht ausschälen, enthielt 3—4 Esslöffel einer strohgelben Flüssigkeit und erwies sich mikroskopisch als Cyste einer seitlichen accessorischen Schilddrüse. Gorodecki.

Digitized by Google

Sero-mucöse Cyste des Halses, der Zungenbasis und des Kehlkopfes. Heilung durch Injection der Lugol'schen Jod-Jodkalium-Lösung. (Kyste séro-muqueux du cou, de la base de la langue et du larynx. Guérison par l'injection jodo-jodurée de Lugol.) Von Dr. Lichtwitz in Bordeaux. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. IX, Heft 6, November/December 1896.)

Die Geschwulst, welche die Grösse einer Mandarine erreicht hatte und einem 47jährigen Manne angehörte, war mit einer chocoladenfarbenen Flüssigkeit angefüllt und musste als eine Cystis sero-mucosa bezeichnet werden. Sie verschwand nach einmaliger Injection von 3 ccm der Lugol'schen Lösung (Jod 1, Jodkali 2, sterilisirtes Wasser 20) innerhalb von 3 Wochen. Dieser Erfolg dauert noch jetzt, ein Jahr nach der Injection, fort. Beschorner.

Grosser Mahlzahn im Sinus maxillaris mit Demonstration der anatomischen Präparate. (Grosse molaire logée dans le sinus maxillaire. Présentation de piece anatomiques.) Von Dr. Et. Saint-Hilaire. (Arch. internat. de laryngol etc. Bd. IX, No. 6. November-December 1896.)

Als zufälliger Befund fand sich bei der Section einer etwa 60- bis 65jährigen Frau im untern Theile des rechten Sinus maxillaris hinter einem von Aussen her in denselben eindringenden, etwa nussgrossen Abscesse ein grosser Mahlzahn (jedenfalls Weisheitszahn) mit nach oben gerichtete Wurzeln, nach unten auf der untern Wand des Sinus ruhender Basis. Jedenfalls war der Zahn durch eines der in der Substanz des Knochens befindlichen Löcher an seinen Fundort gelangt.
Beschorner.

Zur Physiologie der Schilddrüse. Von Dr. J. A. Notkin. (Russ. Archiv f. Pathologie etc. 1896, Bd. II, fasc. 1.)

In einem ausführlichen Aufsatz legt Verf. die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die Schilddrüse nieder. Er kommt zu folgenden Resultaten:

1) Die Hauptmasse der Eiweisskörper der Schilddrüse wird von einem eigenartigen Eiweisskörper gebildet, den Verf. Thyroproteid nennt. Auf die Darstellung desselben muss auf das Original verwiesen werden, dagegen sei von den Reactionen dieses Körpers hervorgehoben, dass er in Wasser unlöslich ist und bei 58° C. coagulirt.

2) Entgegen der Ansicht Baumann's, dass das Thyrojodin in der Schilddrüse an Eiweissstoffe gebunden sei, findet Verf. letztere (i. e. das Thyroprotein) frei von Jod.

3) Ausser dem Thyroproteid enthält die Schilddrüse weder Globuline, noch Albumine.

4) Aus dem Thyroproteid lässt sich nach der Methode Landwehr's ein thierisches Gummi abspalten, welches Verf. als Thyrogummi bezeichnet.

Digitized by Google

5) Das Thyroproteid, welches auch mit dem Colloid der Schilddrüse identisch ist, ist kein Secret der Glandula thyreoidea, sondern ein Product des allgemeinen Stoffwechsels.

6) Die Hauptsymptome der Cachexia strumi- resp. thyreopriva sind Tetanie und Myxödem. Es scheint, dass bei nur unvollständigem Ausfall der Functionen der Schilddrüse blos Myxödem auftritt.

7) Verf. gelang es, durch Thierexperimente nachzuweisen, dass jedes der beiden Hauptsymptome durch Anhäufung eines besonderen Giftes im Organismus entstehe, und zwar die Tetanie durch Gifte, von denen der kleinere Theil, eiweissartiger Natur, im Blute circulirt, der grössere ebenfalls im Blute, aber nicht an dessen Eiweisskörper gebunden, sich vorfindet; das Myxödem wird durch Anhäufung von Colloid, i. e. Thyroproteid, in den Geweben bedingt.

8) Zum Schluss stellt Verf. seine Theorie der physiologischen Functionen der Schilddrüse in folgenden Sätzen auf:

Der Organismus producirt: a. Gifte nicht eiweissartiger Natur, die die Symptome der Tetania hervorrufen; sie werden von der Schilddrüse mittelst des von derselben hervorgebrachten Thyreoantitoxin's unschädlich gemacht. b. Ein eiweissartiges giftiges Product des allgemeinen Stoffwechsels, das Thyroproteid; dasselbe wird von der Schilddrüse mittelst eines in ihr enthaltenen Ferments zersetzt, wobei dessen Eiweisscomponente mit dem Thyrojodin sich verbindet und einen jodhaltigen Eiweisskörper bildet, der für die regelmässige Function anderer Organe, vielleicht des Centralnervensystems nothwendig ist.

Gorodecki.

Ueber das maligne Adenom der Schilddrüse. Von Dr. Edm. Meyer in Berlin. (Archiv für Laryngol. etc. 1896, Bd. V, pag. 389.)

Mittheilung eines durch Suffocation tödtlich verlaufenden Falles von malignem Adenom der Schilddrüse bei einem 52jährigen Klempner. Genaue Beschreibung des macroscopischen und microscopischen Befundes, illustrirt durch Abbildungen, Epikrise des Falles, kurze Wiedergabe der z. Z. nur spärlichen Literatur über beregten Gegenstand und Resumé: Das maligne Adenom der Schilddrüse ist eine nicht häufige Erkrankung, sie ist ebensowohl klinisch durch ihren langsamen Verlauf, wie pathologisch-anatomisch von dem Carcinom der Schilddrüse verschieden, so dass es nicht angängig erscheint, diese Erkrankung ohne Weiteres unter dem Namen Krebs zu subsumiren.

Beschorner.

Das bösartige Adenom der Schilddrüsenanlagen. Von W. Serenin. (Letopis russk. Chirurgii 1896, No. 4.)

Verf. berichtet über zwei im Moskauer Marienhospital beobachtete und operirte Fälle. Es handelte sich um einen 18jährigen Jüngling und dessen 10jährige Schwester, die beide an den vorderen und seitlichen Halsregionen multiple knotenförmige, elastische compressible

Digitized by Google

Geschwülste aufwiesen. Dieselben wurden exstirpirt und erwiesen sich als Schilddrüsenadenome, die wahrscheinlich von accessorischen Schilddrüsenanlagen ausgingen. Nach der Exstirpation recidivirten dieselben. Bei dem Mädchen trat allerdings schon im Anschluss an die erste Operation Kropftod durch Stimmbandlähmung ein. Zum Schluss stellt Verf. folgende differentialdiagnostische Momente für das Adenom der Schilddrüsenanlage auf:

1) Ein beständig wachsender Tumor an der Vorderfläche des Halses.
2) Compressibilität (bedingt durch den Tumor umgebende venöse Geflechte).
3) Knotenbildung.
4) Jugendliches Alter der Kranken.
5) Ungenügende physische und geistige Entwicklung.
6) Familien-Disposition.
7) Colloide Entartung der entfernten Knoten und mikroskopischer Befund.
8) Recidive. Gorodecki.

Ueber Angiome der Stimmbänder. Von Prof. Dr. O. Chiari in Wien. (Archiv für Laryngol. etc. 1896, Bd. V, pag 100.)

Die Angiome sind selten im Larynx überhaupt, am häufigsten aber noch an den Stimmbändern, dann an den Taschenbändern. Sie finden sich meist bei erwachsenen Männern, viel seltener bei Frauen. Von ihrer Aetiologie wissen wir nichts Bestimmtes. Am häufigsten handelt es sich um einen Tumor cavernosus, seltener um Angioma simplex und nur ausnahmsweise um tumorartige Varices; ein Lymphangioma cavernosum wurde nur in einem Falle, und zwar an der aryepiglottischen Falte beobachtet. Die Angiome scheinen langsam zu wachsen. Sie bieten meist den Anblick von brombeerartigen, dunkelrothen, oder blaurothen, oder fast schwarzen Hervorragungen und erreichen oft die Grösse von Brombeeren. Das Angioma simplex erscheint meist als flache Hervorragung, dessen Zusammensetzung aus feinen Gefässen bei näherer Betrachtung deutlich wird. Der Varix bildet einen bläulichen Knoten. Erst bei bedeutender Grösse veranlasst die Neubildung Beschwerden (Heiserkeit). Sehr gefässreiche Fibrome, Papillome und Myxome können durch ihre dunkelblaurothe Farbe grosse Aehnlichkeit mit Angiomen haben. Zur operativen Entfernung empfiehlt sich, um starke Blutung zu umgehen, die Galvanocaustik. Recidive scheinen selten zu sein. Ch. beschreibt zwei Fälle von Varices, die beide an der Mitte des rechten Stimmbandes sassen. Der eine Tumor, senfkorngross, von ihm am Lebenden beobachtet, wurde operativ entfernt, der andere, zufälliger Sectionsbefund, wurde histologisch untersucht, und giebt Ch. die genaue Beschreibung mit Abbildungen der microscopischen Schnitte. Beschorner.

Digitized by Google

Zur Aetiologie der Stimmband-Paralysen. Von W. W. Favre. Aus der therapeutischen Klinik des Prof. J. N. Obolensky in Charkow. (Russ. Arch. f. Pathologie etc. 1896, Bd. I, Heft 4)

Verf. zählt die gewöhnlichen Ursachen der Stimmband-Paralysen auf und erwähnt, dass die exsudative Pleuritis und Pericarditis unter diesen Ursachen zu wenig gewürdigt werde. Verf. beschreibt darauf einen Fall, wo eine schwere exsudative Pleuritis der rechten Seite eine linksseitige Stimmbandlähmung zur Folge hatte, die mehr als drei Monate dauerte und vollkommen ausheilte nach Aufsaugung einer grossen Menge des Exsudats, wobei das vorher verdrängte Herz seinen normalen Platz eingenommen hatte. Verf. beschreibt sodann einige Experimente an der Leiche, wobei Wasser in die rechte Pleurahöhle injicirt wurde und dabei die Dehnung des linken Recurrens durch Zug der verdrängten Aorta durch directe Inspection resp. Myographion-Curve constatirt wurde.

Gorodecki.

Die Thyrotomie beim Larynx-Krebs. (La thyrotomie dans le cancer du larynx.) Von Dr. R. Botey in Barcelona. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. IX, No. 6, November/December 1896.)

B. bekennt sich als Gegner allzu eingreifender Operationen bei Larynx-Carcinom und seiner Nachbarschaft, wie z. B. der totalen Exstirpation des Kehlkopfes, der Trachea, des Oesophagus, der Zungenbasis etc., vielmehr meint er, sei es Sache des Chirurgen, nur die Fälle zu operiren, wo gegründete Hoffnung auf Heilung ohne Furcht vor Recidiven vorhanden wäre, d. h. umschriebene, localisirte, einseitige, auf das Kehlkopf-Innere beschränkte Carcinome, wie sie sich fast immer in den 4 oder 5 ersten Monaten ihrer Existenz darstellten. Freilich müsse unser ganzes Bestreben darauf gerichtet sein, die Diagnose noch weit frühzeitiger zu stellen wie bisher und hofft B., dass dann mindestens 70 pCt. der beobachteten und operirten Fälle gerettet werden, während zur Zeit 98—99 pCt. zu Grunde gingen, weil sie entweder zu spät kommen oder sich nicht rechtzeitig operiren lassen wollen. Autor theilt zur Illustration seiner Anschauungen drei einschlägige Kranken- bezw. Operationsgeschichten seiner Praxis mit.

Beschorner.

Behandlung der putriden Bronchitis mittelst Einspritzungen von Höllenstein in die Trachea. (Traitement de la bronchite putride par des injections intratrachéales de nitrate d'argent.) Von Dr. Rosenfeld. (Semaine médicale 1896, No. 57.)

Verf. spritzt täglich während mehrerer Wochen 2 ccm einer 4proc. Höllensteinlösung in das Tracheallumen. Selbe werden gut vertragen, nur bekommt der Patient einen Hustenanfall nach jeder Einspritzung. Die Sputa nehmen an Quantität und Geruch ab, die Bronchitis bessert sich.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Bleilähmung der Kehlkopfmuskeln. Von Dr. Robert Flatow. (Deutsche medicinische Wochenschrift No. 3.)

Ein 47jähriger Maler, der ausschliesslich mit Bleifarben zu thun und früher schon an einer Stimmbandlähmung gelitten hatte, bekam acht Tage vor seiner Aufnahme in's Krankenhaus Heiserkeit und dann plötzlich Tags vorher Athemnoth.

Befund: Eine wahrscheinlich schon seit einem Jahre bestehende Paralyse sämmtlicher Muskeln des linken Stimmbandes und eine frische Parese des rechten Musc. crico-aryt. postic., zugleich mässige ödematöse Schwellung der Schleimhaut des Aditus laryngis. Verf. spricht die Ansicht aus, dass alle Arbeiter, die zu Bleierkrankungen neigen, gespiegelt werden sollten und wenn sie einseitige Posticuslähmung zeigen, die ja nach Semon symptomlos einhergeht, ihnen abzurathen wäre, ihrer früheren Beschäftigung nachzugehen. Dr. S. L.

Die Behandlung der Kehlkopfpapillome bei Kindern. Von Dr. A. Rosenberg in Berlin. (Archiv für Laryngol. etc. 1896, Bd. V, pag. 402.)

Larynxgeschwülste bei Kindern (fast ausschliesslich Papillome) sind, wie die Statistiken ergeben, häufiger, als allgemein angenommen zu werden scheint. Zwecks Entscheidung der Frage, ob zur Beseitigung dieser Neubildungen die endolaryngeale Methode bevorzugt werden oder thyreotomirt und die Geschwulst von aussen entfernt werden soll, hat R. mit besonderer Berücksichtigung der Art und des Erfolges der Operation alle publicirten Fälle zusammengestellt und geordnet, und lässt sich daraus unschwer erkennen, dass die Heilungsziffer bei den endolaryngeal behandelten Kindern höher ist als bei den thyreotomirten, dass man also jener, wenn überhaupt eine Operation nöthig, zunächst den Vorzug geben soll. Kommt man so nicht zum Ziel oder tritt gefahrdrohende Erschwerung der Athmung ein, so wird man, wenn die Intubation nicht ausführbar oder nicht zum Ziele führt, die Tracheotomie machen und abwarten oder endolaryngeal operiren. Die Laryngotomie ist nur bei älteren Kindern gestattet und auch hier nur in Ausnahmefällen. Es empfiehlt sich dann — wenn nicht überhaupt die Operation in toto von einem Laryngologen gemacht wird —, dass dieser, nachdem der Kehlkopf gespalten, die Entfernung der Geschwülste vornimmt, da er am Besten im Stande ist, auf einem ihm so vertrauten Felde zu arbeiten und die Bedeutung dieses Eingriffes für die spätere Function des Kehlkopfes zu beurtheilen, und deswegen auch in zweckentsprechender Weise vorzunehmen. Beschorner.

Der peritracheolaryngeale Abscess bei Kindern. Vorläufige Bemerkungen. Von Prof. Ferd. Massei in Neapel. (Arch. f. Laryngol. etc. 1896, Bd. V, p. 56.)

Eine Anzahl Fälle, Kinder betreffend, bei welchen sich während oder unmittelbar nach der Tracheotomie oder Intubation wegen Croups Eiter entleerte, ferner der Fall eines 5jährigen Kindes, bei welchem M. unterhalb des linken gelähmten Stimmbandes eine deutliche glänzendrothe, glatte, runde Schwellung zu constatiren, vermochte und ein zweiter,

Digitized by Google

dem obenerwähnten sehr ähnlicher Fall, ein 4½jähriges Kind betreffend, erregten M.'s Aufmerksamkeit, und festigte sich nach eingehendem Studium aller in Frage kommender Momente in ihm die Ueberzeugung, dass es sich bei allen jenen kleinen Patienten um Abscesse handelte, die ihren Sitz in dem Raume unterhalb der Stimmritze, auf gleicher Höhe mit den ersten Trachealringen, ihren Ausgangspunkt aber wahrscheinlich zwischen Kehlkopfluftröhrenkanal und den, diesen umhüllenden Geweben hatten. Daselbst befindet sich, wie bereits 1884 von Léval-Picquechef und Gougenheim in allen Einzelheiten beschrieben wurde, eine seitwärts von der Luftröhre, am Nerv. recurrens entlang verlaufende Drüsenkette, welche aus drei Gruppen besteht, einer unteren, mittleren und oberen. Die letztere nun, glaubt M., sei der Sitz jener von ihm klinisch beobachteten Abscesse, so dass es sich hierbei ähnlich wie beim idiopathischen retropharyngealen Abscesse der Kinder um eine eitrige Drüsenentzündung handelt. Die Lage dieser Drüsen, ihre Kleinheit und nahe Beziehung zum unteren Theile des Kehlkopfs und des Nerv. recurrens erklärten genau 1) die Unmöglichkeit, etwas von aussen über sie festzustellen, 2) die Leichtigkeit, mit welcher sie Stenosen hervorzurufen im Stande seien, 3) die Möglichkeit von Complicationen von Seiten des Nerv. recurrens. — Die Symptome, zu denen der peritracheolaryngeale Abscess Anlass giebt, gleichen im Allgemeinen denen des Croup oder vielmehr denen einer acuten Laryngostenose, und daher kommt es, dass er nach M.'s Meinung so oft mit dieser häufigen Localisation der Diphtherie bei Kindern verwechselt worden ist. Was die Diagnose anlangt, so kann sie zeitweilig mit Hilfe des Laryngoscops sicher gestellt werden, wenn eben jene characteristische Erhöhung in der Regio hypoglottica zu entdecken ist, welche dem Sitze des Abscesses entspricht; ohne Wahrnehmung einer solchen ist sie schwer und kann Zweifel entstehen, ob es sich nicht um Stimmritzenkrampf, catarrhalische Laryngitis, Pseudocroup, echten Croup, Fremdkörper oder Soor handelt. Therapeutisch ist, wenn man frühzeitig genug eine Entzündung der peritracheolaryngealen Drüsen erkennt, die Anwendung der Eiscravatte zu empfehlen, bei drohender Erstickungsgefahr aber der Intubation oder Tracheotomie ihr Recht einzuräumen, möglicher Weise kann auch durch Einführung der Canüle der zur Reife gediehene Abscess eröffnet und dem Eiter dadurch freier Abfluss geschafft werden.

Beschorner.

Ein Myxom der Reg. sublingualis und submaxillaris, eine Ranula vortäuschend. Von W. P. Serenin. (Letopis russk. Chirurgii 1896, Bd. I, No. 3.)

Es handelte sich um eine adlereigrosse Geschwulst bei einer 56jährigen Bäuerin. Die Geschwulst sass in der rechten Regio sublingualis et submaxillaris, erstreckte sich bis zur Trachea und bedingte Athembeschwerden. Die Diagnose auf Myxom wurde erst bei der Operation gestellt. Im weiteren Verlaufe kamen heftige Nachblutungen. Heilung per secundam.

Gorodecki.

Digitized by Google

Beitrag zum Studium der toxischen Larynx-Paralysen. (Contribution à l'étude des paralysies toxiques du larynx.) Von Dr. P. Heymann in Berlin. (Arch. internat. de laryngol. etc, Bd. IX, No. 6, November/December 1896.*)

Den von Tanquerel, Morell Mackenzie, Remak, H. Krause, Sajous, Seifert, Boecker u. A. beobachteten und veröffentlichten Fällen von Stimmbandlähmung in Folge von Blei-Intoxication fügt Heymann drei neue hinzu, betreffend einen 22- und einen 47jährigen Anstreicher, sowie eine 19jährige Blumenarbeiterin, welche sämmtlich durch Darreichung von Jodeisen, Nux vomica und Application von Electricität geheilt wurden. — Als weitere Gifte, welche Lähmungen im Bereiche der Kehlkopfmusculatur zu erzeugen im Stande sein sollen, werden Kupfer, Antimon, Phosphor, Arsen namhaft gemacht, indessen sind die Beobachtungen nur für das letztere so zuverlässig (M. Mackenzie, Imbert-Gourbeyre), dass die genannte Einwirkung als zweifelsohne anerkannt werden darf. — Was die organischen Substanzen anlangt, welche zu Lähmungszuständen im Kehlkopfe führen sollen, so werden Cannabis indica, Stramonium, einige Solaneen, Alcohol, Atropin, Belladonna, Opium, Morphium und endlich neuester Zeit Cocain namhaft gemacht. Immerhin, muss man im Allgemeinen sagen, sind die toxischen Paralysen des Kehlkopfs selten mit absoluter Sicherheit beobachtet worden. Beschorner.

Die Diphtherie der oberen Luftwege in ihren Beziehungen zum Croup. Von Dr. C. Rauchfuss in St Petersburg. (Arch. f. Laryngol. etc. 1896, Bd. V, p. 79.)

R. verfügte in den vier Jahren 1892—1895 über ein Hospital-Material von 1236 Kranken, welche an acuten Anginen und Laryngotracheitiden (excl. der an acute Exantheme sich anschliessenden) litten und bei welchen eine systematische bacteriologische Prüfung durchgeführt wurde. Für die hier interessirenden Verhältnisse kommen davon nur 614 in Frage. Die allgemeinen Schlüsse, welche aus der genauen Analysirung dieses Materials sich ergeben, sind folgende: Die pseudomembranöse Angina verläuft, falls ihre diphtherische Natur nachgewiesen ist, etwa in der Hälfte der Fälle mit Croup-Erscheinungen und in etwas weniger als $^1/_3$ der Fälle mit fibrinösem Croup, die nicht diphtherische pseudomembranöse Angina in $^4/_{10}$ der Fälle, also in ähnlichem Verhältniss, dagegen nur in $^1/_{15}$ der Fälle mit fibrinösem Croup. Ferner: der diphtherische Primärcroup ist in fast allen (jedenfalls in $^9/_{11}$) Fällen, der nicht diphtherische dagegen nur in etwa $^1/_5$ der Fälle mit Sicherheit auf fibrinöse Laryngotracheitis zurückzuführen. Angesichts einer diphtherischen pseudomembranösen Angina mit Crouperscheinungen ergeben sich aus den angeführten Beobachtungen 3 Mal mehr Chancen (57 : 17 pCt.), dass es sich um fibrinösen Croup und 3 Mal weniger Chancen (25 : 83 pCt.), dass es sich nur um einen Catarrhalcroup (die schwere entzündliche Laryngitis, die Laryngitis

---

*) Siehe auch: Arch. f. Laryngol. etc. 1896, Bd. V, p. 257.

Digitized by Google

acuta subchordalis) handelt, als wenn wir es mit einer nicht diphtherischen, mit Croup complicirten Angina zu thun haben. R. betont aber ausdrücklich, dass er diese Schlüsse nur begrenzt zulässig findet, da eine zusammenhängende, auf 4 Jahre vertheilte Gruppe von Erkrankungen von zeitlichen und localen Verhältnissen abhängig ist. Was den Antheil anlangt, welchen der schwere Catarrhalcroup, die Laryngitis subchordalis acuta, am Zustandekommen des, die diphtherische Angina begleitenden Croup nimmt, so war nur in wenig mehr als der Hälfte der Fälle der diphtherische Croup unzweifelhaft ein pseudomembranöser, und man ist daher nicht berechtigt, jeden im Verlaufe einer diphtherischen pseudomembranösen Angina auftretenden Croup, sei die Stenose noch so gross und den operativen Eingriff herausfordernd, für einen fibrinösen zu halten. Beschorner.

Die Carina tracheae, ein Beitrag zur Kenntniss der Bifurcation der Luftröhre, nebst vergleichend anatomischen Bemerkungen über den Bau derselben. Von Dr. med. Richard Heller und Dr. phil. und med. Hermann v. Schrötter. (Denkschriften der mathem.-naturwissenschaftlichen Classe der Kaiserlichen Academie der Wissenschaften 1896, Bd. LXIV.) Referat von Dr. C. Tittel, em. Assistent d. anatomischen Instituts.)

Auf Grund einer sehr eingehenden anatomischen Untersuchung über die an der Bifurcationsstelle der Trachea bestehenden und auf die Spornbildung Einfluss nehmenden Verhältnisse legen die Autoren eine den Anatomen in gleicher Weise wie den Laryngologen interessirende, an vielen wesentlichen Details reiche Arbeit vor.

Die Untersuchungen, welche auf der Basis einer grossen Zahl menschlicher Präparate (125) und an zahlreichen Thierspecies von den anthropomorphen Affen an durch die Säugethierreihe absteigend in vergleichend anatomischer Weise vorgenommen wurden, liefern bei eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur durch die gründliche Durcharbeitung dieses an sich unbedeutend erscheinenden Stoffes den Beweis, dass — abgesehen von der erschöpfenden descriptiven Darstellung zahlreicher physiologischer Varietäten — in der übersichtlichen Zusammenfassung der Einzelergebnisse ein concretes laryngologisch werthvolles Resultat vorliegt, das in vielen Punkten zur Kenntniss der Verhältnisse, welche an der Bifurcation der Luftröhre unter normalen und pathologischen Verhältnissen bestehen, beiträgt.

Ausser verschiedenen, sich sowohl in älteren als neueren anatomischen Werken vorfindenden und im Allgemeinen ähnlich lautenden Angaben, welche auf die in einzelnen Fällen abweichende Ausbildung des Trachealgerüstes Bezug haben — speciell hervorzuheben wären die Befunde von Luschka —, findet sich nirgends ein separates, genaues Eingehen auf diese Verhältnisse.

Durch die mannigfache, an der Bifurcationsstelle der Trachea in der Knorpelbildung bestehende Bildungsmöglichkeit auf die Untersuchung eines umfangreichen Materials verwiesen (und zwar wurden grossentheils die Untersuchungen an vollständigen Tracheen vorgenommen), haben die Autoren der Reihe nach die Form und Aus-

Digitized by Google

bildung der trachealen Knorpelspangen mit Rücksicht auf die Knorpelbildung des Spornes selbst beleuchtet und die Verhältnisse des „vorderen und hinteren Sporn-Dreieckes", sowie des „mittleren Spornantheiles" eingehend gewürdigt.

Die Carina tracheae erwies sich gewöhnlich als knorpeliger Sporn, in anderen Fällen als rein membranöse Bildung, beziehungsweise als Mischform, indem nur der vordere Antheil knorpelig, der hintere membranös gebildet war. Ausserdem wird von den Autoren darauf hingewiesen, dass je nach der Betheiligung der Trachea oder der Bronchien der Sporn ein rein „trachealer", bez. „bronchialer Sporn" sein kann. Zunächst wird überdies noch auf das Verhältniss näher eingegangen, in dem der bald mehr median, bald wieder mehr extramedian liegende Sporn das Lumen der Trachea theilt. Auffallend sind die zahlreichen Verschiedenheiten der Carina tracheae hinsichtlich ihrer Form und Grösse, Lage und Krümmung. Auf Grund des untersuchten Materials ergiebt sich schliesslich ein prägnanter Hinweis auf den Grad und die ursächlichen Momente der verschiedenen Divergenz der Bronchien: abnormer Zug von oben oder unten, Erkrankungen der Lunge, aus verschiedenen Ursachen veränderte Elasticitätsverhältnisse der Trachea, Neoplasmen, Lymphdrüsen u. s. f., wodurch z. B. ein Auseinanderziehen, ein Breiterwerden, bezw. eine Vorwölbung eines membranösen Spornes zu Stande kommen kann etc., also Verhältnisse, die speciell für die tracheoscopische Untersuchung von Bedeutung sind.

Es haben deshalb diese Untersuchungen, was ich schliesslich hervorheben möchte, in erschöpfender Weise insbesondere für die Deutung tracheoscopischer Bilder — sowohl normaler als pathologischer — ein reelles anatomisches Substrat geschaffen, das auf die zahlreichen physiologischen, durch mannigfaltige Ausbildung des Tracheal- und Bronchialgerüstes bedingten Verschiedenheiten in der Bildung des Spornes der Luftröhre in vollstem Maasse Rücksicht nimmt.

Ueber die Hassal'schen concentrischen Körper der Thymusdrüse; der Zeitpunkt ihres Auftretens in der Drüse, Bau und weiteres Schicksal. Von Dr. N Gontscharukow. (Russ. Arch. f. Pathol. etc. 1896, Bd. II, fasc. 5.)

Vorliegende Arbeit verdankt ihr Entstehen der Controverse, die bezüglich der Entstehung der Hassal'schen Körper existirt: während die meisten Autoren dieselben aus epithelialen Zellen der Thymusdrüse ableiteten, behauptete Affanassiew ihre Abstammung vom Gefässendothel. Verf. kommt nun auf Grund eigener Untersuchungen zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die Hassal'schen Körper erscheinen in einer sehr frühen Periode der Embryonalentwicklung und bestehen während des embryonalen und postembryonalen Lebens bis zum Schwund der Thymus.

2) Die Hassal'schen Körper sind zelliger Natur und entstehen aus dem Embryonalepithel der Thymus.

3) Das Auftreten der Körper befindet sich nicht in Zusammenhang mit der Involution des Organs.

Digitized by Google

4) Die concentrischen Körper unterliegen sowohl beim Embryo, als auch beim jungen Thiere der hyalin-colloiden oder Fettmetamorphose.

5) Das Fett- und Bindegewebe der entarteten Drüse entwickelt sich aus den Bindegewebszellen des Reticulums.

Gorodecki.

Tracheotomie. (Larynxcarcinome. Die operative Behandlung. — Operationsstatistik. — Laryngoscopische Befunde bei Larynx- und Pharynx-Carcinomen.) Von Prof. C. Stoerk in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. V, p. 22, 1896.)

St. bespricht zunächst die Tracheotomie im Allgemeinen, welche Operation er innerhalb von 4 Jahren nur 52 Mal vorzunehmen genöthigt war, und zwar bei einer Kehlkopfkranken-Zahl von jährlich etwa 8000 theils liegenden, theils ambulatorisch behandelten Kranken. Diese 52 Tracheotomien betrafen 22 Fälle von Tuberculose, 4 von Lues, 6 von Sclerom, 16 von maligner Neubildung (13 Carcinome, 1 Alveolarsarcom, 2 Lymphosarcome), 1 von benigner Neubildung, 1 von Perichondritis cricoidea, 2 von Diphtherie. — Narcose wurde nie angewendet, in der Regel, insbesondere der leichteren Ausführbarkeit halber, die Tracheotomia superior gewählt. Die Indication zur Operation war stets hochgradige Athemnoth. Nur bei Tuberculose wurde manchmal noch vor eingetretener Erstickungsgefahr operirt, da erfahrungsgemäss sich solche Patienten oft relativ rasch erholten, wenn man ihnen rechtzeitig noch grosse Mengen von Luft zuführte. Bei den Radicaloperationen der Carcinome wurde die Tracheotomie als Voract vorgenommen, um den Patienten gleichsam auf den grösseren Eingriff der halbseitigen Larynxexstirpation vorzubereiten. Hat er jene gut überstanden, so ist seine Trachea für die später einzuführende Tamponcanüle gleichsam vorbereitet, und Patient gegen die Gefahr einer Tracheitis oder Bronchitis mehr geschützt. — Was die Exstirpation des Larynx bei Carcinom anlangt, so hält St. für feststehend, dass eine richtig ausgeführte derartige Operation sichere Heilung bringt, doch muss man möglichst früh, eventuell durch Probeexcision, eine sichere Diagnose stellen, sorgfältige Auswahl der Fälle treffen und dann unverzüglich an's Werk gehen. Geschieht all' das, werden durchgreifend die Indicationen, sowohl für partielle als auch die Totalexstirpation eingeschränkt, dann ist bei der Voraussetzung, dass manche Einzelheiten der Technik der Nachbehandlung einer Besserung fähig sind, die Hoffnung berechtigt, dass die Statistiken der Zukunft günstiger sich gestalten werden, als dies z. Z. mit denjenigen von Scheier, Wassermann und Kraus der Fall ist. — St. lässt hiernach die Kranken- bezw. Operationsgeschichten, sowie die laryngoscopischen Befunde von 121 einschlägigen Larynx- und Pharynxcarcinomen folgen, und zwar: 1) Radicaloperationen (18), 2) Palliativoperationen (13), 3) inoperable Larynx- und Pharynxcarcinome (80 Fälle) — ein reiches Material, das eine Fülle interessanter Einzelheiten in sich birgt, die im Originale nachzulesen nicht eindringlich genug empfohlen werden kann.

Beschorner.

Digitized by Google

Notizen.

Der Vorstand der Ohrenklinik in Rom, Prof. Dr. de Rossi, feierte vor Kurzem das 25jährige Jubiläum seiner ohrenärztlichen Thätigkeit. Seine zahlreichen Schüler und Freunde ehrten ihn durch Ueberreichung einer inhaltsreichen Festschrift, über welche wir demnächst ausführlich referiren werden.

Wir senden dem verdienstvollen Jubilar unsere herzlichsten Glückwünsche in der angenehmen Hoffnung, dass er noch viele Jahre zum Frommen der Wissenschaft und zum Heile der Leidenden thätig bleiben werde.

Todesfälle. In Turin starb am 27. Dezember v. J. Dr. Corrado-Corradi im 38. Lebensjahre. In St. Petersburg verschied Prof. Dr. Alexander Prussak im Alter von 58 Jahren. Beide waren auch schriftstellerisch thätig und erfreuten sich eines guten Rufes als Oto-Laryngologen.

Deutsche otologische Gesellschaft.

Die sechste Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft wird in diesem Jahre

am 4. und 5. Juni in Dresden

stattfinden.

Diejenigen Collegen, welche Vorträge oder Demonstrationen zu halten beabsichtigen, werden gebeten, ihre Themata bis zum 30. April d. J. an Prof. Dr. K. Bürkner in Göttingen gelangen zu lassen.

Anmeldungen zur Aufnahme in die Gesellschaft sind gleichfalls an Prof. Bürkner zu richten.

Das ausführliche Programm wird Anfang Mai versendet werden.

Oesterreichischer Otologen-Tag.

Die Oesterreichische otologische Gesellschaft wird ihren diesjährigen Otologen-Tag

am 28. und 29. Juni in Wien

abhalten.

Anmeldungen von Vorträgen sowie zur Aufnahme als Mitglied der Otologischen Gesellschaft sind beim Secretär, Herrn Docenten Dr. Jos. Pollak, schriftlich anzumelden. Das ausführliche Programm wird Ende Mai versendet.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. M. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. **Berlin, April 1897.** **No. 4.**

I. Originalien.

Königl. Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten zu Turin.

Ueber das klinische Bild der acuten Entzündung des Sinus frontalis.

Der Kgl. Academie der Medicin zu Turin mitgeteilt am 12. Februar 1897.

Von

Prof. **G. Gradenigo.**

Mit vorliegender Mittheilung wünsche ich die Aufmerksamkeit auf eine Form der Sinusitis frontalis zu lenken, welche nach meiner Praxis zu urtheilen ganz und gar nicht selten ist, welche aber wegen ihres fast latenten Verlaufes leicht mit Supraorbitalneuralgie verwechselt werden kann; sie verdient wegen ihres constanten klinischen Bildes einen Platz in der Nosologie, obwohl sie, wie wir sehen werden, nach ihrem anatomisch-pathologischen Befunde nur eine milde Form der klassischen Sinusitis frontalis vorstellt.

Digitized by Google

Die Affection folgt immer einer acuten Coryza, aber zwischen dem Aufhören des Schnupfens und dem Beginn der Symptome der frontalen Complication verlaufen gewöhnlich einige Tage bis eine oder zwei Wochen. Wegen dieser dazwischen liegenden Periode und der relativen Milde, welche die Coryza haben kann, bleibt gewöhnlich der Zusammenhang zwischen diesen beiden Affectionen unbemerkt. Die Erkrankung beginnt mit Schmerzen von dem reissenden Typus einer Neuralgie, welche ihren Sitz hauptsächlich in der Gegend des Sinus frontalis haben; die Anfälle, welche bei Beginn nur einige Stunden und zwar immer Vormittags auftreten, nehmen von Tag zu Tag schrittweise an Intensität und Dauer zu, um ihr Maximum am achten oder zehnten Tage zu erreichen. In diesem Stadium kann der Schmerz auch continuirlich bestehen, mit Exacerbationen, begleitet von intersiver Lichtscheu, Thränen des correspondirenden Auges.

In der Zwischenzeit der Anfälle kann der Schmerz hervorgerufen werden durch gewaltsames Schneuzen der Nase, schnelle Bewegungen des Kopfes etc. Das wichtigste Symptom für die Differentialdiagnose, auf welche ich speciell die Aufmerksamkeit lenken will, besteht darin, dass Klopfen gegen die Stirn mit dem Finger oder dem Percussionshammer nur auf der Fläche schmerzhaft ist, welche der vorderen Wand des erkrankten Sinus entspricht. Auf diese Weise kann man die Lage des Sinus auf die Haut projiciren. In dieser umschriebenen Region findet sich häufig eine Gefühlshypoästhesie. Alterationen der Weichtheile habe ich nicht gesehen. Bei gut ausgesprochenen Fällen und bei Individuen mit sehr transparenten Gesichtsknochen kann man durch Einführen einer electrischen Lampe mit sehr intensiver Leuchtkraft in den Mund erkennen, dass die Gegend des erkrankten Sinus frontalis dunkler erscheint, als die des gesunden. Die rhinoscopische Prüfung bleibt gewöhnlich in der ersten Periode negativ; in der Periode der Lösung kann man eine mässige Schwellung und, ein sehr wichtiger Punkt zur Diagnose, den Austritt eines Tropfens Scheim oder Eiter in der Gegend des Hiatus semilunaris bemerken.

Die Erkrankung heilt in ungefähr zwei Wochen nach Ausfluss einer gewissen Menge schleimiger, fadenziehender oder eitriger Flüssigkeit aus dem correspondirenden Nasenloche. Der Ausfluss wird durch nach vorn geneigte Lage des Kopfes erleichtert. Das Secret kann so reichlich sein, dass ein Patient, der sich im Dunkeln befand, glaubte, Nasenbluten zu haben. Darauf schwinden alle Symptome allmählig, und der Kranke behält nur eine gewisse Neigung zu Recidiven.

Solche Krankheiten kann man sowohl bei Individuen mit gesunden Nasenhöhlen beobachten, als auch bei solchen mit chronischen endonasalen Erkrankungen (Ozaena, Rhinitis hypertrophica etc.); eine besondere Schwere des krankhaften Processes konnte ich bei diesen letzteren Formen im Vergleich mit den ersteren nicht constatiren.

Der Symptomencomplex gestattet den Schluss, dass diese Erkrankung, gleichwie die Entzündung der anderen Sinus, durch Verbreitung der entzündlichen Processe von der Nasenhöhle aus hervorgerufen wird; durch catarrhalische Stenose des Ductus fronto-nasalis entsteht dann eine Retention des schleimigen oder schleimig-eitrigen

Digitized by Google

Secrets; diese Erkrankungen heilen hernach spontan. Ferner kann man denken, dass gewisse specielle anatomische Verhältnisse des Ductus fronto-nasalis die Verbreitung des krankhaften Processes und die Verhinderung des Secretabflusses begünstigen, weshalb gewöhnlich nur auf einer Seite die Complication auftritt. In Bezug auf die Qualität des Secrets, ob schleimig (Mucocele) oder eitrig (Empyem), kann man sowohl bei acuter wie bei chronischer Sinusitis alle Stufen beobachten.

Was die Behandlung angeht, so lassen sich die schmerzhaften Anfälle gewöhnlich durch Phenacetin günstig beeinflussen und bisweilen auch durch Chinin und durch Antipyrin. Ausserdem habe ich die Anwendung des schwachen constanten Stromes für nützlich befunden, mit dem positiven Pol auf der Stirn. In Bezug auf die Behandlung der Nase habe ich für gut befunden, wenn, wie in der grösseren Zahl der Fälle, die anatomischen Verhältnisse eine Sondirung des Canalis frontonasalis nicht gestatten, mit einer Lösung von 10proc. Cocain. hydrochlor. getränkter Watte in die Gegend des Hiatus und womöglich höher einzulegen.

Lauwarme, vorsichtige Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung gaben auch gute Resultate. Allgemeine antirheumatische Behandlung brachte keinen schätzbaren Vortheil.

Die heute besprochene Sinusitis repräsentirt eine milde Form der acuten Mucocele oder des Empyems, eingeschlossen in dem Sinus frontalis, wie sie durch andere Autoren beschrieben ist; die letztere ist, wie bekannt, begleitet von mehr oder weniger bemerkenswerthen Erscheinungen der äusseren Weichtheile mit Vortreibung des Augapfels nach aussen und unten, mit endonasalen Läsionen etc.

Auch diese schwereren Formen, welche ich im Anschluss an Influenza oder eine schlecht ausgeführte Nasenspülung sah und welche gut ausgeprägte diagnostische Charactere boten, sind fähig, spontan auszuheilen.

Erfahrungen im Gebiete der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten.

VIII. Jahresbericht

vom 1. Januar 1896 bis 1. Januar 1897 aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund-Krankheiten.

Von

Professor Dr. **Stetter.**

(Schluss.)

Unter den Ohrpolypen waren zwei reguläre Plattenepithel-Carcinome, bei einem dritten fanden sich sämmtliche Epithelarten nebeneinander vor. Die vertieften Theile waren mit Cylinder- und Flimmerepithel bekleidet, die oberen mit Plattenepithel. Ein viertes Untersuchungsresultat war dadurch besonders interessant, dass das geschichtete Cylinderepithel, welches den Ueberzug bildete, in das zellreiche, dem Granulationsgewebe ähnliche Bindegewebe des Tumors

Digitized by Google

drüsige Einstülpungen sendete. Da der Polyp vom Mittelohre ausging, so dürfte in dem genannten Befunde wohl eine Beziehung zu den von Politzer in der Paukenhöhlenschleimhaut gefundenen Drüsen zu erblicken sein. Die beiden Carcinome gingen von der Gehörgangswand aus und bestanden erst verhältnissmässig kurze Zeit bei zwei Frauen im Alter von 58 und 48 Jahren. Die ältere Kranke gab an, niemals Ohrenfluss gehabt zu haben, bei der jüngeren seien vor wenigen Wochen Schmerzen und ein wässeriger, gelbrother, übelriechender Ausfluss aus dem Ohre eingetreten. Da der Tumor der letztgenannten Patientin auf seiner Oberfläche geschwürig zerfallen war, mir überhaupt verdächtig vorkam, so löste ich die untere Hälfte der Ohrmuschel ab, excidirte mit dem Tumor zugleich den knorpeligen Mutterboden (die hintere Wand des Gehörganges) und nähte die Ohrmuschel wieder an. Es erfolgte glatte Heilung, und es ist jetzt ein Jahr seit der Operation verflossen, ohne dass sich ein Recidiv eingestellt hat. Im Anschluss an diese Beobachtungen von regulären Plattenepithel-Carcinomen des Gehörganges führe ich noch einen Fall aus früherer Zeit an, der für die Entstehung des Krebses mir interessant scheint, denn ich glaube, er liefert uns ein Beispiel, dass aus einem gutartigen Ohrpolypen sich ein Carcinom entwickeln kann. Der Patient, 60 Jahre alt, gab an, seit sehr langer Zeit an eitrigem Ausfluss aus dem rechten Ohre zu leiden und seit mehreren Jahren auf dieser Seite ganz taub zu sein. Der ganze Gehörgang war von einer dunkelblau-rothen polypösen Wucherung ausgefüllt. Die Sondenuntersuchung ergab als Ursprung den knorpeligen Theil der hinteren oberen Gehörgangswand. Weber nach rechts, nur C^5 wird durch Luftleitung gehört, sonst Luftleitung = 0. Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört, Lymphdrüsenschwellungen nicht nachzuweisen. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Der Tumor besteht aus drüsigen Bildungen, die an einer Stelle deutliches Flimmerepithel zeigen; ihre Umgebung ist entzündlich infiltrirt. Das Plattenepithel der Oberfläche zeigt beginnende atypische Wucherung, es besteht demnach Verdacht auf Carcinom[9]). Wenn man derartige Tumoren, die sich bei der microscopischen Untersuchung als echte Carcinome erweisen, frühzeitig und radical, d. h. mit dem Mutterboden exstirpiren kann, so scheint die Prognose gut zu sein, denn ich kann aus früheren Jahren drei Patienten anführen, welche an Carcinomen des Gehörgangs litten und bis jetzt 3 bezw. $2^1/_2$ Jahre absolut gesund geblieben sind; auch bei den im Berichtsjahre operirten Kranken hat sich bis jetzt kein Anzeichen eines Recidivs gezeigt. Auffallend ist es, dass in keinem meiner Fälle eine Schwellung der Lymphdrüsen nachzuweisen war, während doch bekanntlich bei den Entzündungen des Ohres die umliegenden Drüsen sehr bald sich durch Schwellung und Schmerzhaftigkeit an der Entzündung zu betheiligen pflegen. Auch die hier besonders berüchtigte Drüse an der Spitze des Proc. mast. war niemals intumescirt.

---

[9]) Die pathologisch-anatomischen Untersuchungen sind sämmtlich entweder von dem Prosector des pathol.-anat. Instituts Herrn Prof. Dr. Nauwerck oder dem Assistenten des Instituts Herrn Dr Askanazy gemacht.

Digitized by Google

Im Anschluss an die eitrigen Entzündungen des Ohres muss ich berichten, dass ich im letzten Jahre mehr und mehr ein Anhänger der sogenannten trockenen Behandlung geworden bin. Ich wende zur Zeit die Ausspülungen nur noch bei sehr zähem, schleimig-eitrigem Secret an, kann aber bei geringen Mengen von Pus bonum et laudabile die Trockenbehandlung mit der von Haug angegebenen Chinolin-Naphtholgaze[10]) nicht warm genug empfehlen. Bei frischen eitrigen Myringitiden ist unter dieser Therapie die Eiterung sehr bald verschwunden, nur muss die Gaze je nach der Menge des Eiters öfter am Tage erneuert werden; auch frische eitrige Entzündungen des Mittelohres mit frühzeitiger Perforation des Trommelfells habe ich schnell heilen sehen. Handelt es sich um alte purulente Mittelohrentzündungen mit grossen Perforationen im Trommelfell, so ist es selbstverständlich wünschenswerth, die Spitze des sehr weichen und geschmeidigen Gazetampons bis in's Mittelohr hineinzuführen. Wir kennen alle jene Fälle, in denen oft eine geradezu unheimliche Menge eines serös-eitrigen Secrets geliefert wird, das binnen kurzer Zeit den Tampon durchdringt und zum Ohre herausläuft. Wenn man hier den Gazetampon stündlich wechseln lässt, so darf man sicher auf eine schnellere Abnahme des Secrets rechnen, als es früher bei der Behandlung mit Ausspülungen der Fall war. Die Gaze ist ausserdem völlig reizlos, so dass ihrer Anwendung auch von dieser Seite nichts im Wege steht. Wenn ich wegen der Beschaffenheit des Eiters die Ausspülungen für indicirt halte, so benutze ich hierzu wie in den Vorjahren schwache Lysollösungen, und zwar 30 Tropfen Lysoli puri auf $^1/_2$ Liter abgekochten Wassers.

Die Granulationen habe ich im Berichtsjahre in ausgedehntem Maasse mit Acid. trichloraceticum geätzt. Wenn man die zu ätzende Stelle vorher mit einer 5proc. Cocainlösung pinselt, so verursacht die Trichloressigsäure gar keinen Schmerz. Gleich nach der Aetzung muss der Gehörgang ausgespült werden, damit die Haut nicht leidet.

Dass ich in der Tabelle A. die Labyrinthaffection von nervöser Gehöraffection getrennt habe, hat darin seinen Grund, dass ich die erste Bezeichnung für jene Fälle gebrauchte, in denen die Knochenleitung ganz aufgehoben war und keine entotischen Geräusche bestanden, während unter nervöser Gehöraffection jene Fälle verstanden sind, in denen Reizungszustände des Nerven mit mehr weniger hochgradiger Schwerhörigkeit vorlagen, also entotische Geräusche z. B. bei Hysterie, bei Anämie, während der Menstruation etc.

Den einen Patienten, welcher an angeborener Atresie des Gehörganges litt, habe ich nicht operirt, weil unzweifelhaft tiefere Störungen im inneren Ohr zu gleicher Zeit vorlagen, denn die Knochenleitung war gänzlich erloschen; unter dem dünnen Hautüberzug, welcher das Orificium ext. meati audit. deckte, fühlte man deutlich eine gleichmässige flache Knochengrube, so dass eine Operation sicher keinen guten Erfolg gehabt hätte.

Zur Behandlung der Nasenkrankheiten übergehend, erwähne ich besonders die bei zwei Kranken vorgenommene operative Gerade-

[10]) Zu beziehen von der Verbandstofffabrik von Aubry, München.

Digitized by Google

richtung des Septums. Einmal handelte es sich um einen 8jährigen Knaben, der im Alter von zwei Jahren vom Tisch gefallen und mit der Nase auf die Kante einer hölzernen Fussbank aufgeschlagen war. Es bestand eine so hochgradige Verbiegung des Septumknorpels nach links, dass das linke Nasenloch vollständig verlegt war. Mit der in das Nasenloch eingedrängten Spitze des kleinen Fingers gelang es nur sehr schwer, das Septum nach rechts abzubiegen. In der Narcose jedoch war es möglich, durch brüskes Vorgehen den Knorpel in seine normale Lage zu drängen, aber die Spitze des Fingers fühlte deutlich, dass auch der untere Rand der knöchernen Nasenscheidewand nach links hin dislocirt war, die Geradestellung des knorpligen Septums allein hätte daher keinen vollen Erfolg haben können. Ich spaltete daher das linke Nasenloch bis zur knöchernen Nase, löste die Schleimhaut resp. Periost vom knöchernen Septum mit dem Elevatorium ab und fand nun, dass etwa das untere Drittel des knöchernen Septums fast rechtwinklig nach links abgeknickt war. Mit einem Meisselschlage — da ich mit meiner Knochenzange nicht tief genug reichte — wurde die vorspringende Leiste abgetrennt und auch vom knorpligen Septum abpräparirt, dieses durch Einlegen eines starken Drainagerohres in's linke Nasenloch in seiner normalen Lage erhalten und die Hautwunde sorgfältig vernäht. Die Heilung erfolgte selbstverständlich in wenigen Tagen per primam; aus Vorsicht liess ich das Drainagerohr vier Wochen lang tragen, es wäre aber wohl auch ohne diese Vorsicht ein ganzer Erfolg erzielt worden, weil die Ursache der Septumdeviation beseitigt war. Jetzt, $7^1/_2$ Monate nach der Operation, ist der Knabe ganz wiederhergestellt. In einer neuerdings erschienenen Arbeit über die Pathogenie und Behandlung der Deviationen und Stacheln des Septums bei jungen Kindern giebt Moure[11]) den Rath, event. mit Hilfe eines möglichst einfachen Apparates die Fibro-cartilago brüsk zu reponiren, um sie nach der concaven Seite zu luxiren und daran eine methodische, event. Monate lange Nachbehandlung anzuschliessen. Der oben beschriebene Fall beweist aber, dass hier doch auch individualisirt werden muss. Ich glaube auch, dass darauf Gewicht zu legen ist, dass ich das abgeknickte Knochenstück ganz entfernt habe, denn hätte ich es nur durchmeisselt und dann inclusive knorpligem Septum geradegestellt, so wäre mit grösster Wahrscheinlichkeit ein Recidiv eingetreten. Es muss sich an Stelle der entfernten Knochenleiste vom Periost aus neuer Knochen gebildet haben, denn was ich zuerst befürchtete, dass nämlich allmählich die knorplige Nasenscheidewand etwas höher hinaufrücken würde, ist nicht eingetreten.

Die Teleangiectasien am Septum waren Veranlassung zu häufigem Nasenbluten, wogegen die Patienten Hilfe suchten. Moldenhauer[12]) ist geneigt, anzunehmen, dass die kleinen, stecknadelkopfgrossen, schmutzig grauen, oft pulsirenden Hervorragungen am vorderen Abschnitt der Nasenscheidewand meist als Varicen oder Teleangiectasien aufgefasst worden sind. Er glaubt dagegen, dass es sich dabei gewöhnlich um eine traumatische Continuitätstrennung eines kleinen Ge-

[11]) Journ. de méd. de Bordeaux 1896, No. 42.
[12]) Krankheiten der Nasenhöhlen. Leipzig 1886, pag. 128.

Digitized by Google

fässes handelt, dessen Oeffnung durch einen Thrombus vorübergehend verstopft war. Das mag richtig sein, wenn es sich in der That um Hervorragungen auf der Schleimhaut handelt. Dem Wesen der Teleangiectasie entspricht dieses klinische Bild einer Geschwulst im engeren Sinne des Wortes aber ganz und gar nicht; denn es bestehen bei der in Rede stehenden Gefässanomalie nur selten geschwulstförmige Bildungen, meist liegt eine diffuse, flächenartige Ausbreitung der erweiterten und neugebildeten Gefässe vor. Hier, wo man also deutlich die einzelnen erweiterten Gefässe und ihre Verzweigungen in der Schleimhaut sieht, ganz analog den Teleangiectasien der äusseren Haut, kann eine Verwechselung nicht möglich sein. Voltolini[13]) lenkt gelegentlich der Besprechung der Aetiologie der Nasenblutungen das Augenmerk besonders auf das Ulcus perforans oder auf das Angiom. Diese Erkrankungen können nicht häufig sein, denn ich sah sie weder früher in der chirurgischen Poliklinik, noch jetzt in meinem eigenen Ambulatorium. Wenn man dagegen unter Angiom jede Gefässerweiterung und -Neubildung auch im Capillarsystem versteht, so decken sich hier die Beobachtungen. Ich betone aber nochmals, dass bei den von mir gesehenen Veränderungen keine Geschwülste bestanden, sondern nur deutliche in der Schleimhaut liegende, diffuse, dunkelblaurothe Parthien, in denen einzelne stark gefüllte Gefässverzweigungen besonders hervortraten. — Nachdem durch die Galvanocaustik die Gefässe zerstört worden waren, trat Heilung ein. — Bei den drei unter „Ulcus septi" rubricirten Patienten handelte es sich um oberflächliche Ulcerationen, die von Rhagaden am freien Rande des Septums ausgegangen und wohl durch Unreinlichkeit verursacht worden waren. Eine dicke Kruste, aus angetrocknetem Blut und Eiter bestehend, bedeckte die Haut der Nasenscheidewand und fast die ganze Schleimhaut der rechten Seite des knorpligen Septums. Nach Entfernung der Kruste zeigte sich ein mit Eiter belegtes Ulcus, dessen Ränder wenig gewulstet waren, der Grund mit leicht blutenden, im Uebrigen gesund aussehenden Granulationen bedeckt. Da kein anderes ätiologisches Moment wie Lues oder Tuberculose aufzufinden war, wurde die Behandlung nach allgemein chirurgischen Principien geleitet. In drei resp. vier Wochen war vollständige Vernarbung eingetreten. — Bei einem Patienten, den ich vor 14 Tagen ($8^1/_2$ Monate nach der Vernarbung des Ulcus) wiedergesehen habe, ist das Septum durch die Narbencontraction nach rechts abgewichen, so dass das rechte Nasenloch bedeutend kleiner als das linke ist.

Ueber die Behandlung der Rhinitis hypertrophicans ist besonders in den letzten Jahren viel hin und her gestritten werden. Die Einen können der Galvanocaustik nicht genug Böses nachsagen, die Anderen treten für sie und gegen die medicamentöse Behandlung ein. Unter den neueren Mitteln, welche gegen die diffusen und circumscripten Schleimhautschwellungen angewendet werden, haben sich als Aetzmittel die Trichloressigsäure und das Resorcin[14]) einen besonderen Ruf erworben. Es ist nicht zu leugnen, dass durch eine unsinnige

[13]) Krankheiten der Nase. Breslau 1888, pag. 126 u. ff.
[14]) In 50proc. Lösung.

Digitized by Google

und leichtfertige Anwendung der Galvanocaustik mehr geschadet werden kann, als durch Aetzungen mittelst chemischer Mittel[15]). Das sind aber, Gott sei Dank, Ausnahmen, dass so schwere Fehler begangen werden, wie sie Seifert (l. c.) anführt, und deswegen die Galvonocaustik ganz zu verwerfen, scheint mir ungerecht. Bereits im vorigen Jahresbericht erwähnte ich, dass ich die Oberflächencauterisation ganz verlassen habe, um die Schleimhaut zu schonen, und dass ich mit einem ganz spitzen Brenner einige feine Canäle in die Muschel so brenne, dass dieselben zwischen hypertrophirter Schleimhaut und Knochenoberfläche liegen. Bei der Heilung zieht das Narbengewebe die Schleimhaut gegen den Knochen, und es muss eine Erweiterung des Nasenlumens daraus hervorgehen, wenn an der vorherigen Verengerung nur die Schwellung der Schleimhaut Schuld war. Ist die Verengeruug Folge einer Vergrösserung der knöchernen Grundlage, so hilft die Cauterisation überhaupt niemals radical. In einem Fall habe ich die Canäle aber wahrscheinlich zu nahe an einander gelegt oder die Hitze zu lange wirken lassen, denn das zwischen und über den Stichcanälen liegende Schleimhautgewebe wurde necrotisch. Ich werde daher ferner nur einen Platindraht zum Einstechen in die hypertrophischen Theile benutzen und die Glühhitze nur momentan wirken lassen. Von unzweifelhaftem Erfolge ist endlich bei der reinen Rhinit. hypertrophicans die Schleimhautmassage[16]). Man dreht sich einen nicht zu dicken Wattetampon auf einem Tamponträger, taucht die Watte in eine 0,1proc. Cocainlösung und massirt in schnellen, fast zitternden, leichten Bewegungen die Schleimhaut. Der anfänglich oft nur schwer zwischen Septum und Muschel hindurch zu drängende Tampon lässt sich bald leicht hin und her schieben. Ich habe im Frühjahr etwa mit dieser Behandlungsweise begonnen und habe bei Verengerungen, deren Ursache nur in der Schleimhauthypertrophie lag, stets gute, dauernde Erfolge gesehen; auch Kinder gewöhnen sich bald an diese Vibrationsmassage und setzen ihr keinen Widerstand entgegen.

Die Rhinitis atrophicans foetida habe ich auch in diesem Jahre gemäss den Erfahrungen im Jahre 1895 insofern erfolgreich mit Kalium sozojodol. pulverisat. behandelt, als der Gestank in allen Fällen in der zweiten oder spätestens dritten Behandlungswoche verschwand. Es wurden selbstverständlich erst die Borken entweder durch die Nasendouche mit Lysolwasser oder mit der Pincette entfernt und dann das Pulver direct auf die kranke Schleimhaut aufgestäubt. Wenn auch, wie Abel[17]) meint, der Fötor nichts Wesentliches für die Krankheit ist, so belästigt er doch den Kranken und seine Umgebung auf das Empfindlichste, und in den meisten Fällen ist es wohl nur der Wunsch, von dem Gestank befreit zu werden, der den Kranken zum Arzt treibt. Es wäre eine interessante und dankenswerthe bacteriologische Aufgabe, den Einfluss des Kalium sozojodol. auf die Ozaenabacillen — Bacillus

---

[15]) Cfr. Seifert, Wiener klinische Wochenschrift 1895, No. 12.

[16]) Laker: Die Anwendung der Massage bei den Erkrankungen der Athmungsorgane. Leipzig u. Wien, Deuticke. 1897.

[17]) Die Aetiologie der Ozaena. Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten 1895, Bd. XXI.

Digitized by Google

mucosus Abel — zu studiren. Besonders zwei Patienten waren mir interessant, weil bei ihnen mehrfach Recidive zur Beobachtung kamen, die jedes Mal schnell schwanden, wenn Kal. sozojodol. in Anwendung gezogen wurde, aber von Lysol- oder Creolinausspülungen gar nicht beeinflusst wurden. Aus der obigen Angabe geht hervor, dass das Kal. sozojod. vor Recidiven nicht schützt; ich lasse daher die Einstäubungen mehrere Monate hindurch fortsetzen, auch nachdem der Gestank schon geschwunden ist.

Die adenoiden Vegetationen sind meist ohne Narcose mit dem Sichelmesser entfernt worden. Ueble Zufälle haben sich niemals ereignet. Zur Beschleunigung der Abheilung habe ich bei älteren Kindern den Refraichisseur mit Einstäubung einer 1proc. Lösung von Zinc. sozojodol. gebrauchen lassen; eine Therapie, die ganz besonders gute Resultate gegen die chronische Rhino-Pharyngitis giebt. Das in der ersten Zeit dem Refraichissement folgende brennende Gefühl im Nasenrachenraum verschwindet sehr bald.

Die beiden Empyeme der Highmors-Höhle habe ich von der Facialwand des Antrum her eröffnet und dann mit Durchspülungen mit Lysollösung nachbehandelt. Beide Patienten sind nur wenige Wochen in Behandlung geblieben. Sie waren aus Russland und reisten vor Beendigung der Cur nach Hause, so dass ich über das Endresultat keine Angaben machen kann. Was die Operationsmethode betrifft, so habe ich den Eindruck gehabt, dass sie rationeller ist als die Anbohrung von der Alveole oder vom unteren Nasengang aus. Die relativ breite Oeffnung, durch die man bequem die Spitze des kleinen Fingers einführen kann, giebt a priori schon bessere Chancen zur Reinigung und Durchspülung der Höhle und verkleinert sich nicht so schnell wie die durch den Troicart geschaffene Oeffnung.

Auch unter den Mundkrankheiten verdienen einige besonderer Erwähnung. Vor allem eine Ranula, die bei einem 8jährigen Mädchen zur Beobachtung kam. Die Cyste hatte bereits eine so bedeutende Grösse erreicht, dass Sprach- und Schluckbeschwerden eingetreten waren. Die Zunge konnte nicht mehr ganz über die Geschwulst herausgestreckt werden, ihre Spitze lag in Ruhelage bei weit geöffnetem Munde über dem Niveau der Kaufläche der Unterkieferschneidezähne, deren hintere Fläche von der Cyste berührt wurde, so zwar, dass diese Zähne bereits eine schräge Stellung nach vorn und aussen einnahmen. Es bestand also eine gewisse Progenie, die zwar nicht vom Knochen, aber von den Zähnen des Unterkiefers verursacht war.

Die Cyste lag genau in der Mittellinie, ihre Oberfläche zeigte die bekannte bläuliche Farbe. Da es sich im vorliegenden Falle um ein Recidiv handelte, denn es war bereits zwei Jahre früher von einem Arzte die Flüssigkeit abgelassen und nach Aussage der Mutter Jodtinctur eingespritzt worden, so war die Wandung voraussichtlich dicker, als dies sonst bei der Ranula zu sein pflegt. Ich glaubte daher, dass die Exstirpation vom Munde aus relativ leicht sein würde, was sich auch bei der Operation, die sich das sehr verständige Kind ohne Narcose machen liess, als richtig herausstellte. Die Geschwulst war etwa taubeneigross und enthielt eine zähe, braungelbe Flüssigkeit, der Balg war überall entschieden entzündlich verdickt. Flimmerepithel konnte

Digitized by Google

auf der Innenwand nicht nachgewiesen werden; wenn also auch die mediane Lage der Cyste für eine Entstehung aus dem Bochdalekschen Gange, wie E. Neumann[18]) vermuthet, spricht, so ist doch das Fehlen von Flimmerepithel dagegen anzuführen. Dieser letzte Umstand verliert hier aber an Bedeutung, weil es sich um einen entzündlich veränderten Balg handelte. — Bei dem zweiten Falle von Ranula wurde mir die vollständige Exstirpation nicht gestattet, ich excidirte daher nur ein möglichst grosses Stück aus der Cystenwand, vernähte die Wandränder mit der Mundschleimhaut und legte einen Jodoformgazestreifen ein. Hier fand sich über der ganzen Innenfläche Flimmerepithel. Die Cyste gehörte einer Frau von 35 Jahren an und war angeblich seit 10 Jahren bemerkt worden. Sie lag gleichfalls genau in der Mittellinie, das Frenulum linguae war verstrichen und erst seit etwa einem halben Jahre bemerkte die Patientin ein schnelles Wachsthum, neun Jahre lang war nur eine Geschwulst von der ungefähren Grösse einer kleinen Haselnuss gefühlt worden. Seit etwa drei Monaten bestanden Sprech- und Schluck-Beschwerden. Dieser Fall würde also für die Richtigkeit der Neumann'schen Anschauung sprechen. Auffallend ist das plötzliche schnelle Wachsthum in pr. pr. einem Jahre, nachdem die Cyste neun Jahre lang nur klein gewesen war; es wäre aber wohl möglich, dass die Patientin immer nur den Theil der Cyste gefühlt hat, der unter dem Frenulum linguae lag und dass dieser Theil irgendwie von dem übrigen Cystenraum, vielleicht durch die Zungenmusculatur abgeschnürt war. Gegen eine Entstehung in einer der seitlich von der Zungenspitze gelegenen Blandin-Nuhn'schen Drüsen[19]) spricht die von Anfang an durch die Patientin constatirte Lage in der Mittellinie.

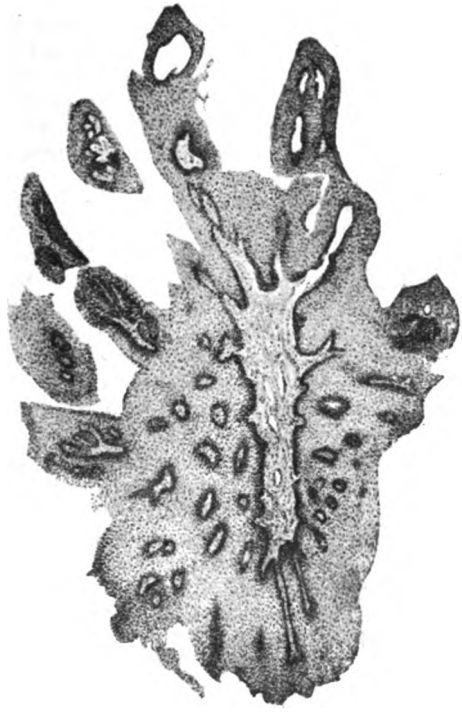
Eine jedenfalls sehr seltene Cystenbildung kam ferner bei einer Frau von 40 Jahren zur Beobachtung, und zwar bestand hier eine weder mit der Nasenhöhle, noch mit dem Antrum Highmori communicirende Knochencyste von der Grösse einer kleinen Haselnuss in der medianen Hälfte der Facialwand des linken Oberkiefers. Die Knochenschwellung begann dicht oberhalb des linken Eckzahnes und der Prämolares und hatte auch die linke Hälfte der Oberlippe ein wenig hervorgewölbt. Das Zahnfleisch war normal, nirgends bestanden entzündliche Erscheinungen. Die Geschwulst war langsam im Laufe von ca. $2^1/_2$ Jahren schmerzlos gewachsen ohne Mitbetheiligung oder Reizerscheinungen der qu. Zähne. Da jedoch an einen Ausgang von der Wurzel des Caninus gedacht worden war, so hatte ein Arzt diesen Zahn gezogen, ohne irgend welchen Einfluss auf den Knochentumor. Ich entfernte mittelst der Knochenscheere die vordere Wand der Cyste, wobei sich ein klares, weisses, dickflüssiges Secret entleerte und kratzte die Auskleidung der Höhle mit dem scharfen Löffel aus.

Ebenso interessant und selten ist der Fall, bei dem ein Papillom der Uvula diagnosticirt wurde. Patientin M. B., 30 Jahre alt, kam in das Ambulatorium mit der Bitte, sie von einer Gräte zu befreien,

[18]) Arch. f. klin. Chir. 1877, Bd. XX, Heft 4.
[19]) v. Recklinghausen: Ueber die Ranula etc. Virchow's Archiv Bd. 84, Heft 3.

Digitized by Google

die sie verschluckt zu haben glaubte. Beim Oeffnen des Mundes bemerkte ich sofort, dass von der Spitze der Uvula an einem fadendünnen, etwa $^1/_2$ cm langen Stiel eine „zweite Uvula“ herabhing. Von einer Gräte war nichts zu finden. Ich schnitt natürlich sofort das kleine Geschwülstchen ab, dessen microscopische Untersuchung folgenden Befund ergab: Von einem kleine Arterien- und Venenstämmchen einschliessenden Bindegewebsstock gehen zahlreiche kleine Papillen aus, die allesammt von einem sehr hohen geschichteten Plattenepithel überkleidet sind. Auch die obersten Lagen platter Zellen sind noch kernhaltig (s. Fig.).



Zum Schlusse nur noch wenige Worte über die sog. Tonsillar-Abscesse, die durch einige neuere Arbeiten[20]) mehr in den Vordergrund gerückt worden sind, und zwar, wie ich gleich bemerken will, meiner Ansicht nach mit Unrecht, denn sie verdienen es nicht, weil sie harmlos sind und — richtig behandelt — nicht zu Recidiven neigen. Das, was wir klinisch mit Tonsillarabscess bezeichnen, ist ja

[20]) Killian: Zur Behandlung der Angina phlegmonosa s. Peritonsillitis abscedens Münch. med. Wochenschr. 1896, No. 30.

Digitized by Google

in der weitaus grössten Mehrzahl eine Peritonsillitis, daher auch der Rath, den Langenbeck stets bei einer Incision zu geben pflegte, nicht in die Mandel selbst, sondern in das peritonsilläre Gewebe einzuschneiden, und zwar in der Regel wenig lateral und etwas oberhalb der Tonsille, wo auch gewöhnlich die intensivste Röthe, Schwellung und Schmerzhaftigkeit besteht. Wenn man diesen Rath befolgt und eine ausgiebige Incision macht, so wird stets für genügenden Eiterabfluss gesorgt sein und es gehören dann, nach einer durch eine langjährige poliklinische Thätigkeit gewonnenen Erfahrung, Recidive zu den grössten Seltenheiten. (Ich kann die Arbeit leider nicht finden und daher nur aus dem Gedächtniss citiren, in der gerade die leichte Recidivfähigkeit hervorgehoben worden ist.) Mit der von Killian (l. c.) angegebenen Operationsmethode kann ich mich nicht einverstanden erklären, und wohl jeder Chirurg wird eine Wunde mit glatten, scharfen Schnitträndern eo ipso einer solchen mit durch Sonde und Kornzange gequetschten Rändern vorziehen. Weiterhin setzt aber der von Killian gemachte Vorschlag voraus, dass der Abscess bereits der spontanen Perforation nahe ist, wenn er mit einer dicken Sonde unter mässigem Druck eröffnungsfähig ist. Die darauf folgende Erweiterung der durch die Sonde gemachten Oeffnung mittelst der Kornzange kann wohl eine gründliche Eiterentleerung bewerkstelligen, aber sicher ist, dass eine Wunde mit gequetschten und gerissenen Rändern entsteht. Mir hat eine glatte, ausgiebige Incisionswunde noch immer genügt, und ich habe auch niemals mit der Incision so lange gewartet, bis der Gaumenüberzug so dünn geworden war, dass er mit der Sonde hätte unter mässigem Druck durchstossen werden können, sondern ich habe stets früh incidirt, um die Patienten von ihren Beschwerden zu befreien, selbst auf das Risico hin, noch keinen Eiter zu finden. Die Incision hilft auf alle Fälle, entweder als blutentziehendes Mittel, oder als abscesseröffnendes. Ebenso wie bei den acuten Tonsillitiden mit hochgradigsten Athembeschwerden diese letzteren sehr bald nachlassen, wenn in Folge von Scarificationen die Schwellung gelinder geworden ist, ebenso hilft bei der Peritonsillitis jede Incision als Antiphlogisticum. Ich bin ausserdem fest davon überzeugt, dass man durch einen rechtzeitigen Entspannungsschnitt die Ausbildung eines Tonsillarabscesses verhindern kann. Gewöhnlich kommen die Patienten auch schon eher zum Arzt, weil die Beschwerden der anfänglichen Tonsillitis und Angina sie dazu treiben. Ich habe wenigstens in einer 20jährigen poliklinischen chirurgischen Praxis nur ganz vereinzelt einmal einen Tonsillarabscess gesehen, bei dem eine „schwappende Lücke mit durchschimmerndem Eiter“ vorhanden war.

Endlich erwähne ich noch den einen Fall von Stimmbandlähmung, weil eine so reine Arytänoideuslähmung auf hysterischer Basis doch von Interesse ist. Die Patientin, eine 26jährige Hysterica, die ich schon seit Jahren als solche kenne, klagte über starke Heiserkeit, die im unmittelbaren Anschluss an einen grossen Aerger entstanden sein sollte. Die Stellung der Stimmbänder bot ein Paradigma einer typischen Arytänoideuslähmung dar. In den vorderen zwei Dritteln berührten sich die Stimmbänder, im hinteren Drittel liessen sie einen dreieckigen Raum zwischen sich frei, durch den die Exspirationsluft

Digitized by Google

unter einem hauchenden Geräusch entwich. Nach wenigen percutanen Applicationen des constanten Stromes und Gebrauch von Tct. Valerian. aeth. trat vollständige Heilung ein. — Am ganzen übrigen Körper bestand keine Lähmung.

Mittheilungen aus der Praxis.

Von

Dr. L. Rothenaicher in Passau.

Die folgenden drei von mir behandelten Fälle scheinen mir der Veröffentlichung werth.

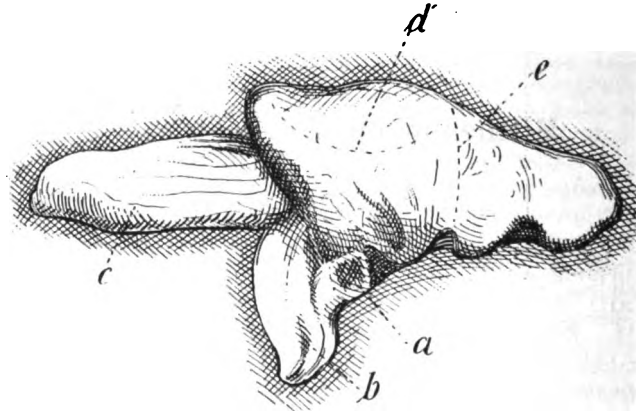
1. Fall: Abnorm grosser Nasenrachenpolyp; operirt im Mai 1894. Zeichnung in natürlicher Grösse nach dem seit zwei Jahren in Alcohol liegenden Präparate.

Therese G., 28 Jahre alt, giebt an, es sei vor ca. $1^1/_2$ Jahren ein unangenehmes Gefühl im Halse aufgetreten, sie sei öfters zum Schlucken und Räuspern gereizt worden. In der letzteren Zeit hätten die Beschwerden zugenommen. Sie könne kaum mehr schlafen, da sie beim Niederlegen sofort Brechreiz bekomme; sie habe keinen Appetit mehr; harte Speise könne sie nicht schlucken; ausserdem habe sie beständig das Gefühl, als wenn etwas im Halse stecke.

Bis jetzt wurde sie mit Bepinselungen von Arg. nitr. behandelt. Patientin sieht sehr leidend aus. Sehr schlechter Ernährungszustand. Die Inspection des Rachens ergiebt eine gut daumengrosse, zapfenartige, blassröthliche Geschwulst von weichelastischer Consistenz. Dieselbe liegt hauptsächlich auf der linken Seite und reicht fast bis zum Kehlkopfeingang; sie lässt sich ringsum mit dem Finger abtasten. Eine Inspection des Nasenrachenraumes ist nicht möglich. Die Untersuchung der Nase ergiebt einen chronisch hypertrophischen Entzündungszustand der mittleren und unteren Muscheln. Links hinten sind sowohl im unteren als im mittleren Nasengang echte Schleimpolypen zu sehen. Der anfängliche Versuch, von der Nase aus die Schlinge über die Geschwulst zu bringen, scheiterte. Ich legte die Schlinge von der Mundhöhle aus an, wobei die Zunge mit einem breiten Spatel stark niedergedrückt werden musste, schob dieselbe bis zum Gaumensegel und liess dann die Schlinge durchglühen (e). Schon jetzt fühlte Patientin deutliche Erleichterung. Die abermalige Untersuchung mit dem Finger ergab, dass die Geschwulst leicht beweglich war. Um die Anlegung der Schlinge zu erleichtern, zog ich mir die Geschwulst mit einer Schech'schen Zange hervor und war sehr angenehm überrascht, als die ganze Geschwulst der Zange folgte. Blutung minimal. Die Spiegeluntersuchung zeigte eine hellergrosse, leicht blutende Stelle an dem hinteren Ende der linken unteren Muschel. Patientin schrieb nach sechs Wochen, dass sie sich jetzt vollkommen wohl fühle und guten Appetit habe. Es ist bis jetzt, also seit mehr als zwei Jahren, kein Recidiv aufgetreten.

Digitized by Google

NB. Die Lappen c und b haben das Aussehen reiner Schleimpolypen, d und e sind mehr fleischartig.



2. Fall: Ein ungewöhnlich grosser Nasenstein.

Michael B., 44 Jahre, giebt an, dass vor zwei Jahren sich aus dem linken Nasenloch ein reichlich wässeriges Secret eingestellt habe. Gezogen habe sie schon lange nicht mehr — der Mann ist starker Schnupfer. — In der letzteren Zeit sei er öfters aufmerksam gemacht worden, dass er einen so übelriechenden Athem habe; er selbst habe den Geruch auch manchmal gemerkt. Am meisten sei er aber durch einen übelaussehenden Ausfluss, welcher in den letzten drei Monaten sich einstellte, erschreckt worden. Bis z. Z. sei er mit Nasentropfen behandelt worden.

Bei der Untersuchung zeigen sich mittlere und untere Muschel linkerseits stark geschwellt. Auf Cocaineinpinselung tritt eine leichte Abschwellung ein. Im mittleren Nasengang ist ein dicker, rahmiger Eiter zu sehen. Nach Entfernung desselben wird nun noch der Blick nach rückwärts durch eine gelbliche graue Masse gehindert. Diese Masse fühlt sich rauh an und zeigt sich verschieblich. Sie reicht vom mittleren bis zum unteren Nasengang etwa hinter der Mitte. Ich suchte dieselbe mit einer gebogenen Sonde nach vorwärts zu bringen; es gelang nicht. Eine profuse Blutung hinderte lange den weiteren Einblick. Ich suchte dann mit gebogener starker Polypenzange die Masse zu zerdrücken. Ein weiteres Eingehen mit der gekrümmten Sonde überzeugte mich, dass das Zerdrücken gelungen war. Ich konnte ein Stückchen nach dem andern hervorholen. Erst zum Schluss folgte das eigentliche Corpus delicti, ein Kirschkern, um den die Ansammlung des Nasensteines erfolgte.

Ich lege die Stücke bei. Diese Stücke dürften etwa $^2/_3$ des ganzen Steines ausmachen, da eine Menge kleinerer Stückchen beim Auswischen mit Watte verloren ging. Vollkommene Heilung.

3. Fall: Elsa M., 26 Jahre alt, giebt an, dass sie seit zwei Tagen entsetzliche Schmerzen im rechten Ohre hätte. Seit drei Jahren seien

Digitized by Google

diese Schmerzen öfters wiedergekehrt, wie wohl sie stets ärztliche Hilfe in Anspruch nahm. Bei der Untersuchung des rechten Gehörgangs zeigte sich eine rundliche rothe Geschwulst, welche fast bis zum Eingange des äusseren Gehörganges reichte. Dieselbe war ringsum abhebbar. Ansatzstelle konnte nicht gefunden werden. Es gelang mir, die Geschwulst in drei Stücken zu entfernen. Als Ansatzstelle zeigte sich eine necrotische Stelle an der hinteren Gehörgangswand, ca. $^1/_2$ cm vom Trommelfelle entfernt. Schon nach Herausnahme des ersten Stückchens floss dicker Eiter ab.

Nach der Operation wurde der Gehörgang mit Kal. hyperm. gut ausgespült. An Stelle des Trommelfelles zeigte sich eine gleichförmig gelbe Masse, kein Gehörknöchelchen war zu sehen. Im Glauben, es handele sich um verkästen Eiter, wollte ich denselben entfernen und war sehr erstaunt, einen Wattepfropf zu finden, welcher jedenfalls für das Entstehen der Granulationsgeschwulst verantwortlich gemacht werden muss.

Bei der Untersuchung des linken Gehörganges fand ich ebenfalls einen stinkenden Wattepfropf am Trommelfelle anliegend. Auf Befragen, wie sie diese Watte hineingebracht, gab sie an, sie hätte früher öfters Stechen in den Ohren gehabt. Ein englischer Arzt habe ihr gerathen, Watte in die Ohren zu stecken und habe ihr zu diesem Zwecke ein kleines Pincettchen gegeben.

H. R. für Uhr = 3 cm, nach Entfernung von Geschwulst und Watte 69 cm.

H. L. für Uhr = 9 cm, nach Entfernung von Geschwulst und Watte 85 cm.

Trommelfelle beiderseits weisslich grau, verdickt, ohne Reflex. Necrotische Stelle im rechten Gehörgang unter Behandlung mit Arg. nitr. in Substanz und Borsäure in drei Wochen geheilt.

Aus der Abtheilung für Ohrenkranke im Allerheil. Hospital zu Breslau:
Primärarzt Dr. O. Brieger.

Ueber den „blutenden Polypen der Nasenscheidewand".

Von

Dr. **Kurt Walliczek**, Assistenzarzt.

Seit den Publicationen von Lange, welchem die ersten Beobachtungen zu danken sind, und Schadewaldt, welcher dafür den Namen „blutende Polypen der Nasenscheidewand" einführt, haben sich die Mittheilungen über Blutgeschwülste der Nasenscheidewand erheblich vermehrt. Die Zahl der bisher bekannt gewordenen Fälle ist aber immer noch eine relativ so geringe, dass man in Anbetracht des Umstandes, dass der Aufstellung eines neuen Krankheitsbildes naturgemäss rasch Publicationen analoger Fälle zu folgen pflegen, nicht fehlgeht, wenn man die unter dem Namen „der blutenden Septumpolypen" klinisch zusammengefassten Tumoren der Nasenscheidewand für ein seltenes

Digitized by Google

Vorkommniss hält. So sind an dem umfangreichen Material unserer Poliklinik in den letzten Jahren nur zwei hierher gehörige Fälle beobachtet worden.

Ribary hat neuerdings die Genese dieser Tumoren rein mechanisch in der Weise zu erklären versucht, dass er sie als Folge einer Rhinitis sicca anterior (Siebenmann) auffasst und sich dadurch entstanden denkt, dass unter dem beständigen mechanischen Reiz des Bohrens und Schneuzens die erkrankte Mucosa wuchert und so diese Tumoren erzeugt. Wenn man bedenkt, dass nach der Statistik Ribary's die Erkrankungen an Rhinitis sicca anterior nicht weniger als 10 pCt. aller an der Baseler Poliklinik beobachteten Nasenerkrankungen ausmachten und die Seltenheit der „blutenden Septumpolypen" dagegen hält, so ergeben sich schon daraus a priori Bedenken gegen die Allgemeingiltigkeit einer Erklärung, die allerdings durch die histologischen Befunde bei „blutenden Septumpolypen" wenn auch nicht durchweg, so doch in mehrfacher Hinsicht unterstützt wird.

Die Darstellung der histologischen Befunde oder richtiger ihre Deutung ist in den einzelnen Arbeiten nicht ganz übereinstimmend. Die von Alexander und später von Biehl aufgestellte Forderung, diese Gebilde nach ihrem microscopischen Bau zu trennen und die einheitliche klinische Benennung diesem Prinzip zu opfern, wäre indessen nur unter der Voraussetzung berechtigt, dass principielle Differenzen in der Structur dieser Tumoren beständen. Wir kommen darauf bei der Erörterung des in unseren Fällen erhobenen Befundes noch zurück.

Krankengeschichte.

Frau X, 56 Jahre alt, seit einigen Jahren nicht mehr menstruirt, leidet seit Jahren an linksseitigem heftigen Nasenbluten. Seit einigen Monaten hat sie das Entstehen einer Geschwulst an der Nasenscheidewand durch Fühlen mit dem Finger constatiren können und diese Beobachtung vom Hausarzte bestätigt erhalten. Letzterer überwies die Patientin specialistischer Behandlung. Das rasche Wachsthum und die häufigen profusen Blutungen hatten ihn zur Diagnose Sarcom geführt.

Rhinoscopischer Befund.

Am vorderen unteren Abschnitt der Nasenscheidewand ist linksseitig ein etwa kirschgrosser, dem Septum mit breitem Stiel aufsitzender Tumor sichtbar, der die untere Muschel berührt und bis an den Nasenboden hinabreicht. Sein Aussehen ist dunkelroth, himbeerartig, seine Consistenz hart, auf Cocain keine merkliche Volumensverminderung, auf Sondendruck heftig blutend, so dass die Compressibilität des Tumors nicht zu beurteilen ist.

Die Entfernung der Geschwulst erfolgt in toto mit kalter Schlinge. Es folgte eine profuse Blutung, weshalb die Ansatzstelle cauterisirt wurde.

Nach acht Tagen sah man in der Gegend der Ansatzstelle noch ein leichtes prominentes Polster; daher nochmalige Cauterisation. In der Zwischenzeit fand keine Blutung statt; nach drei Wochen traten wieder Blutungen auf, angeblich ohne jegliche Insulte. Nach fünf Wochen sah man einen erbsengrossen Tumor, der ebenso, wie der erste abgetragen wurde. Während der nächsten zwei Monate folgen zwei heftige Blutungen; nach Ablauf dieser zwei Monate ein Recidiv von Erbsengrösse.

Befund sieben Monate nach der ersten Operation.

Derbe Narbe an der Ursprungstelle des Tumors; in deren Mitte ein

Digitized by Google

etwa hirsekorngrosser Knopf von derber Consistenz, nicht blutend, nicht compressibel.

Zwei Monate darauf derselbe Befund. Kein Recidiv, keine Blutung mehr; keine Athembeschwerden. Seit dieser Zeit ist Patientin geheilt.

Microscopischer Befund.

Die Geschwulst wurde zur microscopischen Untersuchung in toto in Sublimat-Kochsalzlösung gehärtet, in Alcohol nachgehärtet und in Celloidin eingebettet. Die Schnitte wurden durch die Höhe der Geschwulst gelegt, so dass Geschwulstoberfläche und Ansatzstelle fast in allen zu erkennen ist. Gefärbt wurden dieselben mit Alauncarmin, Thionin, Orcein-Thionin und Triacid; bei einigen wurden die Methoden von Gieson und Weigert (Fibrinfärbung) angewandt.

Bei den mit Alauncarmin gefärbten Schnitten kann man schon macroscopisch zwei verschieden gefärbte Schichten deutlich erkennen, deren Grenze indess stark verschwommen ist. Die oberste, intensiv rothgefärbte Schicht ist von der Schleimhaut und dem darunter liegenden Gewebe gebildet; die untere Schicht ist blassroth resp. gelblichroth und von zahlreichen Hohlräumen durchsetzt. Die Oberfläche der Geschwulst ist uneben, in zahlreiche Falten gelegt, die bald als spitzere, bald als abgeflachtere Papillen emporragen. Die Basis des Tumors ist breit und zeigt keine stielförmige Einschnürung.

Bei schwacher Vergrösserung zeigt sich folgendes Bild:

Die Oberfläche des Tumors wird von einer mehrschichtigen Lage Epithel gebildet, die besonders stark in den Einsenkungen, etwas flacher auf der Höhe der Papillen ist, sich von dem darunter liegenden subepithelialen Gewebe deutlich abhebt und nirgends Abschnürungen zeigt. Die papillomatösen Erhebungen gehen von der subepithelialen Schicht aus und sind vom Epithel wie Finger vom Handschuh bekleidet. Es besitzt also in unserem Falle die Geschwulst läppchenartige, mit Epithel bedeckte Wülste, die sich wie die Seiten eines Buches auseinanderblättern lassen, im Gegensatz zu einem von Freudenthal beschriebenen gleichartigen Tumor, bei welchem zwischen die papillenartigen Erhebungen des subepithelialen Gewebes das Epithel so hineingewachsen war, dass die Geschwulstoberfläche glatt blieb. Die Ansatzstelle ist breit, das Epithel ihrer Umgebung theils durch Druck geschwunden, theils durch die Manipulationen bei der Entfernung der Geschwulst zerstört.

In der subepithelialen Schicht, die übrigens deutlich verbreitert ist, sieht man massenhafte Rundzellenanhäufungen. Diese liegen sowohl diffus über die ganze Schicht ausgesäet, als auch in unregelmässigen Gruppen angeordnet. Bald bilden sie grössere oder kleinere, regellos vertheilte Häufchen, bald sind sie zonen- oder ringartig um hellgefärbte Felder gruppirt, bald durchziehen sie streifenförmig angeordnet das Gewebe. Neben der Rundzelleninfiltration sieht man reichlich extravasirtes Blut, welches in der Mucosa meist diffus zwischen den Zellen erscheint und nur an einigen Stellen das Epithel durchbricht, während es in der Submucosa meist in erweiterten Gefässen oder Gewebslücken eingeschlossen ist. Der bindegewebige Character tritt in der subepithelialen Schicht vollständig in den Hintergrund; es ist mit der schwachen Vergrösserung nichts von fibrillären Strängen oder Faserzügen zu erkennen, da die Rundzelleninfiltration und das ausgetretene Blut das Bild vollständig verdecken. Erst im submucösen Gewebe, das sich übrigens nicht deutlich von der Tunica propria abhebt, sondern unmerklich in diese übergeht, kann man, aber hier sehr deutlich und besonders dort characteristisch ausgeprägt, wo zwischen den bluthaltigen Räumen das Maschenwerk noch breit erhalten ist, Bindegewebszüge hinziehen sehen, zwischen deren Bündeln kleinzellige Infiltrationen, wenn auch spärlicher

Digitized by Google

als in der Propria, neben zahlreichen Pigmentzellen, die von zerfallenen rothen Blutkörperchen herrühren, nachweisbar sind. Traubenförmig gelagerte Drüsenschläuche sind theils im mucösen, theils im submucösen Gewebe sichtbar; überall ist ihr Epithel deutlich erkenntlich, an manchen Stellen scheinen sie cystös erweitert. Ihre Ausführungsgänge, die in der submucösen Schicht fast parallel zur Schleimhaut verlaufen, lassen sich nicht gut bis zur Oberfläche verfolgen; sie sind des Oefteren gerade in der Nähe ihrer Einmündungsstelle quer durchschnitten zu finden, und man könnte sie dort mit ebenso getroffenen Epithelnischen verwechseln, wenn nicht schon allein die Grösse der letztgenannten Hohlräume, die in der subepithelialen Schicht immerhin häufig sind, darauf hinweisen würde, dass es sich hier um andere Gebilde handelt. Gefässe, die in der genannten Schicht spärlicher, in der submucösen so ausserordentlich zahlreich sind, dass sie hier mit den wandungslosen Bluträumen das Bild beherrschen, zeigten meist den Character von Venen. Arterielle Gefässe sind nur sehr spärlich vorhanden; sie zeigen fast durchweg verdickte Wandungen bei nicht erweiterter Lichtung.

Mit der starken Vergrösserung betrachtet, erscheint das Epithel auf der weitaus grössten Partie der Geschwulstoberfläche als mehrfach geschichtetes Cylinderepithel, das an manchen Stellen an Schichtenzahl und auch an Höhe der Zellen abnimmt, so dass es als cubisches und stellenweise als Uebergangsform zum Plattenepithel imponirt. Typisches Plattenepithel ist jedoch an keiner Stelle der Geschwulstoberfläche deutlich nachweisbar. In den Epithelzellen, die besonders schön in den mit Triacid gefärbten Präparaten zu erkennen sind, beobachtet man hier und da Kerntheilungsfiguren. Zwischen den Zellen erblickt man zahlreiche kleine Pigmentzellen — Blutderivate —, die meist in Häufchen zusammenliegen. und spärliche Infiltration mit Rundzellen. Aufgelagert ist der Epithellage eine Schicht glasheller Substanz, die deutlich in den Epithelnischen erkennbar ist und für Schleim gehalten wird. Flimmerhaare sind an keiner Stelle des Epithels mehr zu erkennen, selbst nicht in den im Schnitte quergetroffenen Epithelnischen, in denen sonst das Epithel am schönsten erhalten ist.

Die subepitheliale Schicht, die übrigens unmerklich in die Submucosa übergeht, besteht aus einem zarten Bindegewebsnetz, zwischen dessen Bündeln massenhaft sogenannte epitheloide Zellen, Leucocyten und rothe Blutkörperchen eingesprengt liegen. Die Bindegewebszellen und Fibrillen sind theils von der zelligen Infiltration, theils auch von dem in's Gewebe ergossenen Blute zusammengedrängt oder versprengt, an manchen Stellen überhaupt völlig verdeckt. An anderen Punkten ist wiederum der bindegewebige Character deutlicher ausgesprochen. Man sieht da fibrilläre Stränge nicht nur unter dem Epithel der Oberfläche und der Drüsenschläuche; auch in das submucöse Gewebe erstrecken sich breite Züge, deren Lücken von Blut ausgefüllt sind. Zahlreiche, bald quer, bald längs getroffene Gefässe, die mit einer einfachen Endothelschicht ausgekleidet sind, und deren Lumen fast durchweg Blut enthält, kreuzen in verschiedener Richtung die subepitheliale Schicht und winden sich in zarten Schlingen bis unter das Oberflächenepithel. Fast alle diese Gefässe haben den Character der Capillaren; daneben finden sich aber auch Blutbahnen, deren Wandung nicht deutlich differenzirt werden kann, oder aber, wie man annehmen darf, vielleicht ganz fehlt. Es sind hiermit indess nicht jene, weiter unten eingehender beschriebenen, mit Blut erfüllten Hohlräume gemeint, die sich vorwiegend in dem eigentlichen Gewebe der Geschwulst der Submucosa vorfinden und ebenfalls nicht von endothelbekleideten Wänden eingeschlossen sind, sondern einfach aus erweiterten Bindegewebsspalten, in die sich das Blut ergossen hat, bestehen; es handelt sich hier vielmehr um deutlich ausgeprägte wandungslose capilläre Blutbahnen, wie sie im Granulationsgewebe regelmässig vorkommen.

Digitized by Google

Die Drüsen, die nicht gerade spärlich sind, zeigen einen traubenförmigen Bau und sind von einer einfachen Lage Cylinderepithels ausgekleidet. Die Epithelzellen haben ein gekörntes Protoplasma; ihre Kerne sind randständig. Zwischen den Drüsenschläuchen befindet sich fibrilläres, kernhaltiges Bindegewebe, das in den Gewebslücken mitunter freies Blut enthält, aber auch von Gefässen, Arterien sowohl wie Venen, durchbrochen erscheint. Die grösseren Ausführungsgänge sind von geschichtetem cubischen Epithel ausgekleidet und an ihrer Oberfläche mit Schleim bedeckt.

Die Submucosa besteht in ihrer Hauptmasse aus Bindegewebe, dessen Züge durch Blutbahnen theils zerrissen, theils zusammengedrängt sind. Zwischen die einzelnen Zellen sieht man hier und da Pigmentzellen eingesprengt. Am augenfälligsten sind indess jene bereits oben kurz erwähnten Blutansammlungen in den Bindegewebslücken. An manchen Stellen könnte es scheinen, als ob diese cavernösen Räume aus zerrissenen Capillaren hervorgegangen seien; denn man sieht da noch auf kurze Strecken an der sonst fibrösen Wandung einige versprengte Endothelzellen, deren Herkunft nur von Capillaren gedeutet werden kann. An anderen Stellen wiederum zeigen sich Bilder, welche uns das Entstehen der grossen Bluträume aus zwei oder mehreren benachbarten vermuthen lassen. Wenn man beobachtet, wie das Bindegewebe an einigen Stellen in dicken Strängen zwischen den cavernösen Bluträumen hinzieht, wie diese Stränge sich an anderen Stellen zu feinen Fäden, zu Brücken verjüngen, die aus einem einfachem fibrillären Zuge von Bindegewebszellen bestehen, und wie diese Brücken schliesslich wieder an anderen Stellen durchbrochen sind, so dass sie als mehr weniger lange Bindegewebswälle von der Wand in den gemeinsamen Hohlraum gleichwie Buhnen in einen Flusslauf hineinragen, wenn man solche Bilder sieht, dann wird man mit der Vermuthung, in ihnen die Entstehungsphasen der grösseren Hohlräume aus benachbarten kleineren zu erblicken, nicht zu weit gegangen sein. Schwager hat ähnliche Bilder in einem von ihm beschriebenen Falle gefunden und sich die Entstehung der grösseren Hohlräume aus mehreren benachbarten kleineren so erklärt, dass der zwischen zwei kleineren Bluträumen bestehende Bindegewebsstrang durch den Blutstrom allmählig auseinandergezerrt und die immer schwächer werdende Brücke so lange rareficirt wird, bis sie endlich durchbrochen wird und nur noch durch die in das Lumen vorspringenden Leisten angedeutet bleibt — eine Erklärung, die Alexander nach seinen Befunden für das Zustandekommen grösserer Bluträume ebenfalls annimmt. Neben diesen cavernösen Räumen sind auch wahre Blutgefässe, die meist venöser, seltener arterieller Natur sind, in reichlicher Menge vorhanden. Die Mehrzahl der Gefässe stellen ectasirte Capillaren dar, deren Wandung mitunter verdickt ist. Besonders schön lassen sich die Gefässe von den wandungslosen Bluträumen an den mit Triacid gefärbten Präparaten unterscheiden; da Blut, Endothel und Bindegewebe besondere Farben annehmen, kann man an den Gefässen noch deutlich die einzelnen Schichten differenziren.

Drüsen, deren Bau bereits oben beschrieben worden ist, finden sich ebenfalls im submucösen Stratum, sind hier aber bedeutend spärlicher und nur in den obersten Schichten vorhanden.

Die Deutung des microscopischen Befundes ist nicht ganz einfach. Klar wurde zunächst in negativer Hinsicht, dass es sich um ein Sarcom, an dessen Bestehen klinisch gedacht war, nicht handeln konnte. Die histologische Stellung des Tumors wird am klarsten, wenn man seine Structur mit den Schilderungen vergleicht, die von den Fällen „blutender Septumpolypen“ bisher gegeben worden sind. Dabei zeigt sich nun, dass principielle Verschiedenheiten von den als „blutende Septumpolypen“ beschriebenen Geschwülsten hier nicht bestehen. Das oben

Digitized by Google

entworfene Bild steht vielmehr ganz in Uebereinstimmung mit der Beschreibung, welche sich im Seifert-Kahn'schen Atlas der Histopathologie der Nase über diese Geschwulstform vorfindet, wenngleich die dort gegebene Abbildung die Hauptmerkmale nicht ganz treffend characterisirt. Dass in unserem Falle der Tumor ein papillomatöses Aussehen hat, ist keine Besonderheit; es kommen eben papillomatös aussehende ebenso häufig vor als glatte Tumoren, ebenso wie auch normal an dieser Oertlichkeit deutliche Papillenbildung nichts Ungewöhnliches ist. Auch auf die verschiedene Art des Deckepithels darf man wohl keinen allzugrossen Werth legen. Warum in dem einem Falle Plattenepithel, in anderen cubisches, cylindrisches oder typisches Flimmerepithel vorhanden war, ist wohl einmal von der Localisation der Geschwulst, deren Sitz doch nicht in jedem Falle bis auf den Millimeter gleich ist, und dann wohl hauptsächlich von der Grösse der Geschwulst und äusserer Einwirkung abhängig. Vielleicht kommen hier auch die oben erwähnten Beziehungen zur Rhinitis sicca anterior in Betracht (Ribary).

Die Hauptmerkmale der Geschwulst scheinen: 1) der Reichthum an Blutgefässen und Bluträumen, 2) der bindegewebige und 3) der granulirende Character der Geschwulst zu sein. Alle diese Charactere finden wir bei den bisher beschriebenen blutenden Polypen mehr weniger ausgesprochen. Nach dem Ueberwiegen des einen oder des anderen Gewebes haben daher die Autoren diese Geschwülste bald als Granulome, bald als Fibrome weicher oder harter Art und endlich als Fibroangiome, reine Angiome und Angiocavernome bezeichnet. In unserem Falle präsentirt sich der Tumor als eine vorwiegend aus zartem Bindegewebe bestehende Geschwulst, an welcher man deutlich zwei Schichten unterscheiden kann. In der obersten prävalirt das Granulationsgewebe, während die untere das Bild eines rechten Angioma cavernosum darbietet; man könnte sie also ebenso gut zu den weichen Fibromen, als zu den cavernösen Angiomen rechnen. Am besten wird man sie mit dem Namen Fibro-angioma cavernosum bezeichnen.

Als Angioma cavernosum stellte sich noch ein zweiter, gleichartiger, von Dr. Brieger untersuchter Fall dar, in welchem indessen neben der Bildung zahlreicher, wenn auch weniger grossen Hohlräume vor Allem eine beträchtliche Wucherung der Gefäss-Intima auffiel. In diesem Falle, von dem genaue Daten fehlen, handelte es sich um einen kirschkerngrossen blutenden Tumor des knorpeligen Septums bei einer Anfang der dreissiger Jahre stehenden Frau.

Vergleicht man die bisher publicirten Befunde untereinander, so gewinnt man doch den Eindruck, dass erhebliche principielle Differenzen in der Structur dieser Tumoren nicht bestehen. Es liegt nahe, gemäss der hauptsächlichen Zusammensetzung aus Gefässen, sie den Angiomen zuzuzählen. Man wird sich aber andererseits Angesichts solcher Befunde, wie in dem von mir geschilderten Falle, in dem der entzündliche Character der Neubildung so stark hervortrat, doch dem Eindruck nicht verschliessen können, dass es sich im Grunde doch vielleicht um eine chronisch entzündliche Wucherung der Schleimhaut handelt, bei welcher, entsprechend dem Gefässreichthum dieser Gegend, die Gefässneubildung im Vordergrunde steht und die Entstehung

Digitized by Google

grosser Bluträume vielleicht auf Druckwirkung durch Stauung im Wege der narbigen Umwandlung des Granulationsgewebes zu beziehen ist. Dann würde auch die Auffassung Ribary's eine Stütze finden und eine einheitliche genetische Basis für die Deutung dieser Geschwülste gefunden werden.

Denn darauf, dass sie trotz histologischer Differenzen principiell zusammengehören, deutet schon die Uebereinstimmung des klinischen Bildes in den bisher bekannt gewordenen Fällen hin — eine Uebereinstimmung, die so vollständig ist, dass Schadewaldt mit Recht von diesen Zuständen gesagt hat: wer diese Tumoren nur einmal beobachtet habe, werde sie immer sofort wiedererkennen. Typisch ist vor Allem ihre Localisation am vorderen unteren Abschnitt des knorpeligen Septums. Wenn auch neue Untersuchungen (vgl. Mihalkowicz) gegen die Richtigkeit der Angabe Kiesselbach's, welcher der Schleimhaut dieses Bezirks wegen der hier nachgewiesenen Gefässvertheilung den Character des Schwellgewebes beilegen wollte, sprechen, soviel steht jedenfalls fest, dass diese Localität einerseits Insulten besonders ausgesetzt ist, andererseits durch Reichhaltigkeit und Anordnung der Gefässe eine gewisse Disposition zur Entstehung auch gefässreicher Granulationsgewebsmassen begründet. Gegen die rein traumatische Aetiologie spricht allerdings der Umstand, dass mechanische Insulte, noch so lange und intensiv zur Einwirkung gebracht, an sich nicht immer zur Bildung solcher Tumoren führen, dass vielmehr gerade bei Kindern, die doch gewiss, zumal bei Eczemen des Naseneinganges, diese Stelle häufig insultiren, niemals blutende Septumpolypen beobachtet worden sind. Ob hier die Rhinitis sicca anterior eine ätiologisch bedeutsame Rolle spielt, müssen weitere Untersuchungen ergeben.

Auch an einen Zusammenhang mit vicariirender Menstruation hat man für manche dieser Fälle gedacht. Zur Annahme eines solchen Entstehungsmodus wurde man durch die Thatsache verleitet, dass die genannte Geschwulst in den zuerst beobachteten Fällen vorwiegend bei jugendlichen weiblichen Individuen gefunden wurde. Die dann folgenden Publicationen haben aber gezeigt, dass blutende Polypen der Nasenscheidewand eben so gut bei Männern, wie bei Personen weiblichen Geschlechts vorkommen und dass sie auch durchaus nicht an eine bestimmte Alterscategorie gebunden sind. Es sind freilich, wie bereits erwähnt wurde, bei Kindern bis zu den Pubertätsjahren solche Polypen der Nasenscheidewand bisher noch nicht beobachtet worden und es scheint demnach, als ob der Pubertät doch eine gewisse Bedeutung für das Zustandekommen dieser Neubildung zukomme. Ueber diese Altersstufe hinaus lässt sich aber nur noch eine gewisse Bevorzugung der jugendlichen Personen feststellen, ohne dass ihr Entstehen in den späteren Jahren deshalb gerade zu den Seltenheiten gehört.

Characteristisch ist ferner die Thatsache, dass der blutende Septum-Polyp bisher nur einseitig beobachtet wurde, wobei die linke Seite besonders bevorzugt zu sein scheint. Er sitzt dem Septum gewöhnlich gestielt auf, doch ist die Ansatzstelle mitunter so breit, dass man, wie in unserem Falle, von einem eigentlichen Stiel nicht recht reden kann. Seine Grösse variirt stark; sie wechselt von der einer kleinen Erbse bis zu der einer Pflaume resp. eines Taubeneies. Diese Differenz

Digitized by Google

in der Grösse der Tumoren hängt vielleicht mit der Dauer ihres Bestehens zusammen und findet ihre Erklärung in dem excessiven Wachsthum dieser Geschwülste. Schadewaldt spricht treffend von explosivem Wachsthum, und übereinstimmend mit ihm weisen fast alle Autoren auf das rasche Wachsthum dieser Geschwulst hin, welche, kaum merklich beginnend, durch die rapid zunehmende Obstruction der Luftwege Patienten und Aerzten oft den Verdacht aufdrängt, es handele sich um einen malignen Tumor. Die Consistenz der Geschwulst ist variabel. Lange erwähnt z. B. einen Tumor von solcher Morschheit, dass die Extraction mit der Schlinge unmöglich war und zum scharfen Löffel gegriffen werden musste. Von anderen Autoren sind weiche, compressible, selbst erectile blutende Polypen des Septums beschrieben worden; doch scheint eine fleischähnliche, harte Consistenz vorwiegend zu sein. — Seine Reaction auf Cocain ist nicht regelmässig geprüft worden: nur Scheier fand, dass ein Tumor von der Grösse eines Taubeneies auf Cocainisirung bis zu Bohnengrösse zusammenfiel. In unseren Fällen konnte man eine derartige Wirkung des Cocains nicht constatiren. Die Form der Geschwulst ist zumeist von ihrer Grösse beeinflusst; während die kleineren fast alle eine kugelartige Gestalt haben, besitzen die grösseren Geschwülste durch den Druck der Seitenwände ein ovaläres, scheibenartiges oder pilzförmiges Aussehen. Ihre Oberfläche ist bald glatt, bald himbeerartig papillomatös aussehend. Die Farbe der Geschwulst ist wohl nach dem Ueberwiegen arterieller oder venöser Gefässe bald ein helleres, bald ein dunkleres Roth. Heymann erwähnt einen besonders interessanten Fall, bei dem infolge des blauschwarzen und missfarbenen Aussehens der Geschwulst zuerst die Vorstellung eines malignen Tumors erzeugt wurde.

Die Behandlung besteht in der radicalen Entfernung der Geschwulst, welche wohl am bequemsten mit heisser Schlinge vorgenommen wird. Die Abtragung mit kalter Schlinge hat kein Bedenken. Die Blutung, die auch in unseren Fällen danach sehr stark war, wird durch Anwendung des Galvanocauters, der zur Erzielung einer straffen Narbe und zur Verhütung von Recidiven in jedem Falle empfehlenswerth ist, leicht gestillt. Freilich stellt sich in solchen narbigen Stellen des Septums, die das Plattenepithel des häutigen Septums rasch überwuchert, später derjenige Zustand ein, den uns Siebenmann als Rhinitis sicca anterior kennen gelehrt hat. Recidive dieses Tumors sind zwar auch in Fällen beobachtet worden, in welchen nicht die Spur eines Stumpfes zurückgeblieben ist; zu den fast regelmässigen Vorkommnissen gehört es aber, dass ein stehengebliebener Stielrest wieder zu einer neuen Geschwulst auswächst. Nur eine vollständige Verödung des Tumors durch mehrmaliges Abtragen und Cauterisiren führt dann endlich, wie in unserem ersten Falle, zur endgiltigen Heilung.

Vielleicht würde es sich auch empfehlen, bei Personen, die eine Blutung fürchten, nach dem Vorgange von Strazza zur electrolytischen Behandlung seine Zuflucht zu nehmen. Strazza empfiehlt die unipolare Methode und verwendet, um beim Einstich der Nadel eine starke Blutung zu vermeiden, ausschliesslich die positive Electrode, von der er eine coagulirende Wirkung erwartet. Er hat bei dieser Methode nach vier Sitzungen, deren jede nicht länger als 10 Minuten dauerte und bei

Digitized by Google

welcher eine Stromstärke von 12 Milliampère nicht überschritten wurde, vollständige Heilung gesehen, ohne dass jemals Recidive auftraten. Allerdings ist diese Methode nicht schmerzlos; auch uns stehen ungünstige Erfahrungen, nach denen oft unerträgliche Schmerzen, besonders nach den Zähnen irradiirt, der Anwendung der Electrolyse in dieser Gegend sich anschlossen, zur Verfügung, die uns nahelegen, die Anwendung dieser Methode für die Abtragung der genannten Tumoren, für die sie in den meisten Fällen entbehrlich sein dürfte, zu widerrathen.

Was die Recidive anlangt, so verdient noch hervorgehoben zu werden, dass sie, ebenso wie die primären Geschwülste, vollständig gutartiger Natur sind. In der gesammten Literatur ist nur ein einziger Fall bekannt, der Anfangs als Angiom diagnostirt wurde, später recidivirte und sarcomatös entartete (Roë). Es ist sehr wahrscheinlich, dass hier von vornherein ein Sarcom vorlag, dessen Vorhandensein histologisch auszuschliessen oft nicht sicher möglich ist. Auf die Schwierigkeit dieser differentiellen Diagnose kommen wir noch zurück. In allen anderen Fällen, in denen Recidive auftraten, zeigten sie denselben Bau, wie die erst entfernten Tumoren, und wurden, auch wenn sie des Oefteren recidivirten, doch endlich durch eine entsprechende Therapie zur Heilung gebracht.

Die Differentialdiagnose dieser Tumoren gegenüber malignen Geschwülsten des Septums ist meist schon klinisch leicht zu stellen. Die relative Symptomlosigkeit der blutenden Polypen, die einzig durch periodische Blutungen sich manifestiren können, das Fehlen jeder Tendenz zu flächenhafter Ausbreitung, die Abwesenheit secundärer Drüsenschwellungen lassen diese Form von malignen Tumoren, die auch hier sich localisiren können, meist leicht abgrenzen. Ernährungsstörungen — Cachexie — selbst schwerer Art werden auch bei Septum-Polypen in Form schwerer Anämien, deren Entstehung nach den oft profusen Blutungen nicht verwunderlich ist, beobachtet und geben dann mitunter Veranlassung zu Trugschlüssn.

Leicht möglich war ein solcher Trugschluss im folgenden Falle, in dem bei einer etwa 50jährigen Frau ein Tumor der Nasenscheidewand, allerdings in etwas grösserer Ausdehnung, als man bei Septumpolypen zu sehen pflegt, beobachtet wurde. Auch hier bestanden Erscheinungen, wie sie den gutartigen Geschwülsten dieser Localität zugeschrieben werden: es bestand die Tendenz zu Blutungen, deren Consequenz ein schwerer cachectischer Zustand war; ausserdem nur Verlegung der betreffenden — linken — Nasenseite; es fehlte jeder Zerfall im Bereich des Tumors, daher auch jede Naseneiterung, und zur Zeit des Eintritts in die Beobachtung auch jede Infiltration zugehöriger Drüsenbezirke. Die histologische Untersuchung liess an ein Sarcom denken; das Vorhandensein massenhafter Gefässe in der Geschwulst legte die Deutung als Angiosarcom nahe. Die Schwierigkeit, aus dem histologischen Befunde allein, welcher beim Septumpolypen eine Verwechselung mit Sarcomen geradezu begünstigen kann, auf die Natur der Neubildung zu schliessen, wurde in diesem Fall noch dadurch erhöht, dass trotz mehrmaliger, schliesslich über einen grossen Bezirk des Septums ausgedehnter Recidive, welche immer mit scharfem Löffel

Digitized by Google

und Thermocauter behandelt wurden, doch Heilung eintrat. Zwei Jahre später kam Patientin mit einem colossalen exulcerirten Lymphdrüsentumor, der die ganze linke Halsseite einnahm und bis an das Ohr reichte, wieder in Beobachtung. Bei der Obduction zeigte sich in der Nase vollständige und definitive Heilung, die durch Untersuchung der excidirten Septumschleimhaut auch histologisch erhärtet wurde. Nach der Abtragung aller Recidive schien hier der Tumor definitiv geheilt. Bei der ungünstigen Prognose, welche den Sarcomen der Nase im Allgemeinen zukommt, lag es demnach eine Zeit lang nahe, die anfänglich gestellte Diagnose für irrthümlich zu halten und an eine gutartige Geschwulstform, die auch histologisch ähnliche Bilder liefern kann, zu denken. Der Verlauf des Falles beweist aber, wie vorsichtig man in der Beurtheilung solcher Fälle immerhin sein muss.

Eine andere Erkrankung, die, ebenfalls hier localisirt, gleichartige Erscheinungen wie der blutende Polyp hervorrufen kann, ist der Lupus der Schleimhaut, besonders wenn er, was durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört, primär am Septum in Geschwulstform auftritt. Simonin spricht geradezu von einem Lupus pseudopolyposus und weist nicht mit Unrecht darauf hin, dass es nach seinen Erfahrungen sehr schwer, ja oft unmöglich ist, diese Form klinisch von Polypen zu unterscheiden; erst das microscopische Bild ermöglicht die Erkenntniss der Erkrankung. In den meisten Fällen von Lupus wird zweifellos die Erkrankung der Haut der Nase und der beachbarten Gesichtspartien einen Fingerzeig zur Diagnose geben; Irrthümer sind aber auch dann nicht ganz ausgeschlossen. In unserer Poliklinik wurde ein Fall beobachtet, in dem neben einem flachen, auf die Haut der Oberlippe übergreifenden Geschwür des Nasenbodens das typische Bild des Septumpolypen bestand. Histologisch war in den excidirten Stücken nur Granulationsgewebe nachweisbar. Auf Tuberculin entstand eine deutliche locale Reaction. Erst nach langer Zeit ermöglichte der Nachweis neuer lupöser Infiltrate in der Haut die Diagnose.

Die übrigen krankhaften Processe, die an dieser Stelle der Nasenscheidewand vorzukommen pflegen, unterscheiden sich so sehr von dem blutenden Polypen des Septums, dass sie für die differentielle Diagnose ausser Betracht bleiben können.

Fassen wir zum Schlusse noch einmal die Hauptmerkmale dieser ebenso interessanten wie seltenen Geschwulst der Nasenscheidewand kurz zusammen, so verdient Folgendes besonders hervorgehoben zu werden:

1) Der sogenannte „blutende Septumpolyp" ist ein gutartiger Tumor, der zur Gruppe der gefässreichen Bindegewebsgeschwülste gehört;

2) seine Aetiologie ist noch zweifelhaft; doch ist die Annahme, dass er einer in Folge andauernder mechanischer Reize entstandenen chronischen Entzündung seine Entstehung verdankt, plausibel;

3) er ist nicht, wie man früher anzunehmen geneigt war, an eine bestimmte Altersstufe gebunden, wenngleich er jugendliche Personen und das weibliche Geschlecht zu bevorzugen scheint;

4) die Diagnose scheint in den meisten Fällen keine Schwierigkeiten zu bereiten. Doch können sarcomatöse und besonders lupöse Geschwülste der Nasenscheidewand ganz ähnliche Bilder vortäuschen,

Digitized by Google

so dass diese letztgenannten Tumoren differentialdiagnostisch jedenfalls immer mit berücksichtigt werden müssen.

Literatur.

1) Alexander: Bemerkungen zur Anatomie des blutenden Septumpolypen. Arch. f. Laryngologie, Bd. I, H. 3.
2) Biehl: Zur Pathologie der blutenden Septumpolypen. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1895, S. 185.
3) Chiari: Ueber Tuberculome der Nasenschleimhaut. Arch. f. Laryngologie, Bd. I, S. 121.
4) Cobb: A case of angioma of the nasal septum. Handbook of the First. Pan. Americ. Medic.-Congr., Washington 1893.
5) Freudenthal: The so-called bleeding polypus of the nasal septum. Annal. of ophthalm. andotolog. 1895.
6) Gerber: Die Beziehungen der Nase und ihrer Nebenräume zum übrigen Organismus. Academische Antrittsvorlesung 1896.
7) Hajek: Die Tuberculose der Nasenschleimhaut, 1889.
8) Heymann: Zur Lehre von den blutenden Geschwülsten der Nasenscheidewand. Arch. f. Laryngologie, Bd. I, H. 3.
9) Hopmann: Die papillären Geschwülste der Nasenschleimhaut. Virchow's Archiv, Bd. 93.
10) Jarvis: Vascular tumors of the nasal passages etc. Referirt: Internat. Centralbl. f. Laryngologie, Bd. V, pag. 378.
11) Jurasz: Die Krankheiten der oberen Luftwege.
12) Kiesselbach: Ueber Nasenbluten. Tagebl. der 58. Versamml. deutsch. Naturforscher u. Aerzte in Strassburg 1885.
13) Koschier: Ueber Nasentuberculose. Wiener klinische Wochenschrift 1895, No. 36.
14) Lange: Ueber einen selteneren Fall von Septumpolypen mit einigen klinischen Bemerkungen über die Polypen der Nasenscheidewand. Wiener med. Presse 1892, No. 52.
15) Lubliner: Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. Medycyna 1895, No. 3. Referirt: Internat. Centralbl. f. Laryngologie, 11. Jahrg.
16) Makenzie: Die Krankheiten des Halses und der Nase. Uebersetzt von Semon.
17) Mihalkowicz: Anatomie der Nase. Handbuch der Laryngologie.
18) Natier: Polypen der Nasenscheidewand. Annales de la Policlinique de Paris, Mai 1893.
19) Noquet: Un cas de tumeur fibrocartilagineuse, celluleuse et télangiectasique de la cloison. Annales des maladies de l'oreille etc. 1896, Tome XXII, No. X, pag. 329.
20) Roë: Internat. Centralbl. f. Laryngologie, Bd. II, pag. 286.
21) Rethi: Die Blutungen der oberen Luftwege etc. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nase etc.
22) Rethi: Blutender Polyp der Nasenscheidewand. Wiener med. Presse 1894, No. 46.
23) Ribary: Klinisch-anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca anterior. Arch. f. Laryngologie, Bd. IV, H. 3.
24) Riketts: Internat. Centralbl. f. Laryngologie, Bd. VIII, pag. 281.
25) Schäffer: Deutsche med. Wochenschrift 1887.
26) Schadewaldt: Der blutende Polyp der Nasenscheidewand. Arch. für Laryngologie, Bd. I, H. 3.
27) Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.
28) Scheier: Beitrag zu den blutenden Polypen der Nasenscheidewand. Arch. f. Laryngologie, Bd. I, H. 3.

Digitized by Google

29) Schwager: Ueber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut. Arch. f. Laryngologie, Bd. I, H. 3.
30) Seifert-Kahn: Atlas der Histopathologie der Nase etc. 1895.
31) Siebenmann: Jahresbericht der oto-laryng. Poliklinik. Basel 1890.
32) Simonin: Contribution à l'étude du lupus pseudo-polypeuse des fosses nasales. Revue de laryng. 1895, No. 17.
33) Strazza: „Contributo alla Casuistica del tumori del Setto nasale." Bollettino delle Malattie dell'orechio, della gola et del nasa. Anno XIII, No. 3.
34) Virchow: Die krankhaften Geschwülste, Bd. I u. II.
35) Voltolini: Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes.
36) Zuckerkandl: Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle, 1892, Bd. I u. II.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 9. März 1897.

Vorsitzender: Prof. Politzer.
Schriftführer: Doc. Dr. Bing.

Dr. Ferdinand Alt demonstrirt einen 57jährigen Tagelöhner, der vor zwei Monaten mit acuter eitriger Mittelohrentzündung (beiderseits) erkrankte, zu der sich nach einem Monate eine Ostitis des linken Warzenfortsatzes und ein Senkungsabscess an der linken Halsseite gesellte. Der Kranke schleppte sich mit seinem Zustande wochenlang herum, bis er endlich vor vier Tagen die Klinik Gruber aufsuchte. Bei der Aufnahme war der Patient hochgradig verfallen, subicterisch, Temp. 39,3, Puls 120, Befund der inneren Organe normal, seitens der Hirnnerven keine Störung. Gehörgang rechts weit, das Trommelfell leicht geröthet, radiäre Gefässinjection deutlich sichtbar. Gehörgang links durch Hereinragen der hinteren oberen Wand verengert, keine Otorrhoe, das Trommelfell geröthet, geschwellt, nicht perforirt, Details nicht erkennbar. Die Weichtheile über dem Warzenfortsatze geschwellt, geröthet, prall, sehr druckschmerzhaft. Die Schwellung reicht nach hinten gegen das Hinterhaupt bis zur Medianlinie und nach abwärts bis zur Mitte der linken Halsseite. Die Functionsprüfung des Gehörorgans muss wegen des Verfallenseins des Kranken unterbleiben. Im Laufe des Nachmittags stieg die Temperatur auf 40,3, ein $^1/_4$stündiger Schüttelfrost stellte sich ein, weshalb Alt sogleich die Operation vornahm. Der Operationsgang war folgender: Freilegung des Warzenfortsatzes, an der Spitze desselben eine linsengrosse Fistelöffnung, Erweiterung derselben, schichtweise Abmeisselung des Proc. mastoid., Eröffnung des Antrum. Ausräumung der gebildeten, von eingeschmolzenen Knochen und Granulationen erfüllten Höhle, bis man allseits auf gesunden Knochen steht. 7 cm langer Schnitt vom unteren Pole der Trepanationswunde nach hinten unten durch die eitrig infiltrirten Weichtheile. Bei Druck an der vorderen Halsseite entleert sich unmittelbar hinter der Spitze des Warzenfortsatzes übelriechender Eiter, etwa in der Menge von zwei Esslöffeln. Durch Stumpfpräpariren in die Tiefe wird die Stelle, wo der Eiter hervorquillt, auf Daumendicke

Digitized by Google

erweitert. Der eingeführte Finger tastet in der Tiefe die Querfortsätze der Halswirbel. Reinigung der Wundhöhle. Verband.

Der Kranke ist seit der Operation fieberfrei und bei gutem Befinden.

Discussion:

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass derartige Senkungsabscesse am Halse in der Regel sehr gut heilen, wenn man mit der nöthigen chirurgischen Sachkenntniss die Behandlung leitet. Er erzählt von einem Patienten, den er im Sanatorium Löw in Behandlung hatte und bei dem ein Abscess, der auch so tief war, dass man die Wirbelsäule in der Tiefe betasten konnte, und welcher die ganze seitliche Halsgegend einnahm, trotzdem der Kranke anfänglich heftig fieberte und sehr schwach war, in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit zur Heilung kam. Es handelt sich immer nur darum, über den Process gut orientirt zu sein und die Lehren der Chirurgie mit Sachkenntniss zu verwerthen.

Prof. Politzer erwähnt eines Falles, in welchem er zur Eitersenkung an der vorderen Wand der Wirbelsäule gekommen war und weiter zur Luxation eines Wirbels mit letalem Ausgange.

Prof. Politzer: Ueber Exsudation in der Trommelhöhle bei mechanischer Compression der Tuba Eustachii.

P. demonstrirt das Ohrpräparat eines Individuums, bei dem ein Carcinom des weichen Gaumens, auf die Schädelbasis und das Schädelinnere übergreifend, die Ohrtrompete allseitig überwucherte und den Tubencanal vollständig comprimirte. Infolge dieser Compression kam es zu einer schleimigen Exsudation in der Trommelhöhle, welche vollständig von einer zähen, visciden, transparenten Exsudatmasse erfüllt war. P. weist darauf hin, dass Hörstörungen bei malignen Neubildungen an der Schädelbasis öfter vorkommen, wegen der Schwere der Localerkrankung jedoch meist übersehen werden. In vier von P. beobachteten und post mortem histologisch genau untersuchten Fällen waren in Folge der Compression des Tubencanals durch die Neubildung die Erscheinungen des Tubenverschlusses: Retraction des Trommelfells, seröse Ansammlung in der Trommelhöhle und bedeutende Hörstörung, auffällig ausgeprägt. Mikroskopische Durchschnitte durch die Ohrtrompete ergaben die interessante Thatsache, dass die die Neubildung constituirenden, epithelialen Zapfen, Nester und Cancroidkugeln wohl bis hart an den Tubenknorpel reichten, ohne jedoch in die Knorpelsubstanz selbst einzudringen.

Demonstration:

Dr. D. Kaufmann: 1) Symmetrische angeborene Missbildung an beiden Ohrmuscheln.

Ein 17jähriger Mann, mit einer Narbe am rechten Trommelfell nach abgelaufener Mittelohreiterung, sonst vollkommen normal entwickelt, zeigt an beiden Ohrmuscheln, symmetrisch, in der Furche zwischen aufsteigendem Helixschenkel und unterem Schenkel des Anthelix einen querovalen, 2½ mm breiten, 2 mm langen, bis 7 mm vertieften, scharfrandigen Defect, der wahrscheinlich zurückzuführen sein dürfte auf eine Hemmungsmissbildung bei der embryonalen Entwicklung der Ohrmuschel.

Digitized by Google

2) Präparate zweier an Pyaemia ex otitide Verstorbener.

a. Pyaemia ex osteophlebitide: Ein 43jähriger Mann, wegen einer seit mehreren Monaten bestehenden Otitis media suppurativa zeitweise ambulatorisch an der Klinik Politzer behandelt, erkrankte Anfangs September vorigen Jahres unter Schüttelfrost, Fieber, Schmerzen im rechten Ohr, kam aber erst Mitte September an die Klinik, mit hohem Fieber, Icterus, keine Metastasen in den inneren Organen nachweisbar. Ohrbefund: Rechts Gehörgang weit, mit Eiter gefüllt, Trommelfell vorne unten perforirt, Warzenfortsatz äusserlich normal, unterhalb der Spitze druckempfindlich. Bei der Operation zeigte sich der Knochen weicher, an mehreren Stellen mit Eiter gefüllte kleine Knochenvenen, im Sinus flüssiges Blut; Punction desselben; im Blutpräparat reichlich Streptococcen. In Uebereinstimmung mit den von Brieger ausgeführten Ansichten wird von der Unterbindung der Vena jugularis Abstand genommen. Drei Tage nach der Operation Exitus. Bei der Obduction zeigten sich analog den von Körner hervorgehobenen Symptomen der Pyaemia in Folge von Osteophlebitis metastatische Abscesse in den Muskeln (rechter Oberschenkel), dagegen Fehlen von Lungenabscessen.

b. Pyaemia e thrombophlebitide sinus transversus: Ein 14jähriges Mädchen, das seit Jahren an chronischer Otorrhoe leidet, erkrankte Ende September unter Schüttelfrösten und schweren Allgemeinerscheinungen, wurde deshalb auf eine interne Spitalsabtheilung aufgenommen. Ohrbefund rechts: Gehörgang mit dickflüssigem, höchst übelriechendem Eiter gefüllt, im knöchernen Antheile verengt, Mittelohrgebilde nicht sichtbar. Weichtheile des Warzenfortsatzes äusserlich normal. Bei der Radicaloperation zeigt sich der Warzenfortsatz sclerosirt, im Antrum, Attik und Mittelohr übelriechende Eitermassen und Cholesteatom, Gehörknöchelchen nicht auffindbar, Sinuswand missfarbig verdickt, der Sinus ausgefüllt von einem adhärenten Thrombus. In den nächsten Tagen hohes Fieber, ohne Schüttelfroste, sechs Tage nachher Exitus letalis. Obductionsdiagnose: Pyaemia e thrombophlebitide ichorosa sinus sigmoidei dextr. post otitidem mediam suppurat. chron. dextr. c. abscess. multiplicibus pulmon. utriusque et pleuritide purulenta sinistr. . . . Degeneratio parenchymatosa viscerum . . Oedema cerebri.

Prof. Gruber demonstrirt die folgenden Fälle:

1) Ein seltener Fall von Epitheliom im äusseren Gehörgange.

Ein 63 Jahre alter, schwächlich gebauter und mässig genährter Mann kam im December 1896 auf die Klinik Gruber's, um gegen Schwerhörigkeit am linken Ohr Hilfe zu suchen. Es wurde im Mittelohr Catarrh constatirt und durch Luftdouche geheilt. Bei dieser Gelegenheit entdeckte man im knorpligen Theil des rechten äusseren Gehörganges ein zuckererbsengrosses, warzenartiges Gebilde, das den Kranken nicht weiter genirte, und von dessen Anwesenheit er bis dahin gar keine Kenntnis hatte. Wir empfahlen die Abtragung des Gebildes, wovon der Kranke nichts wissen wollte.

Am 9. März d. J. erschien er wieder und dieses Mal wegen des Leidens an seinem rechten Ohr. Das früher erwähnte warzenartige

Digitized by Google

Gebilde ist in den letzten Wochen so bedeutend herangewachsen, dass es nunmehr die Grösse einer grossen Haselnuss erreichte und den äusseren Gehörgang vollkommen abschliesst. Es erscheint als kugelige Geschwulst, welche mit ziemlich breiter Basis an der vorderen Wand des Gehörganges inserirt und mit dunkelbraun verfärbter Cutis, welche an ihrer Oberfläche flache Einkerbungen zeigt, überzogen ist. Bei Berührung ist das Gebilde nicht schmerzhaft, doch giebt der Kranke an, dass er seit letzterer Zeit periodisch Schmerzen in der kranken Ohrgegend empfindet.

In der Fossa mastoideo-mandibularis ist eine Lymphdrüse merklich angeschwollen, sonst ist in der Umgebung des Ohres nichts Abnormes nachzuweisen. Die Untersuchung des Trommelfells ist, da der Gehörgang ganz verlegt ist, nicht möglich, doch dürften weder am Trommelfell noch in den tieferen Ohrgebilden nennenswerthe krankhafte Veränderungen obwalten, da das Hörvermögen nicht bedeutend gestört ist und auch sonstige subjective Symptome fehlen.

Mit Rücksicht auf das schnelle Wachsthum der Geschwulst in den letzten Wochen und in Anbetracht der Schmerzhaftigkeit und der Drüsenanschwellung in der Nähe des Gehörganges wurde die Diagnose auf Epitheliom gestellt und dem Kranken die operative Entfernung empfohlen.

Discussion:

Dr. Bing erwähnt, dass er in einem Artikel: „Ueber Warzen und Papillombildung im Gehörgang" ein gutartiges Papillom geschildert, das sich an der unteren Gehörgangswand gebildet, ungefähr $1^1/_2$ cm lang, 1 cm breit und etwa 3 mm hoch, ziemlich braun pigmentirt und eigenthümlich zerklüftet war und sich weich anfühlte. Nach dessen chirurgischer Entfernung benarbte sich die Wundfläche bald.

2) Seltene Lipombildung an der Ohrmuschel.

Am mittleren Drittel der Fossa navicularis, diese und den angrenzenden Anthelix einbeziehend, hat sich eine Neubildung an der rechten Ohrmuschel eines jungen Mädchens entwickelt, welche den Knorpel der Muschel durchbohrte und nunmehr an beiden Flächen als kugelige Geschwulst erscheint, welche an ihrer Basis an jeder Muschelfläche ungefähr 2 cm und in ihrer Höhe 1,3 cm misst. Die Geschwulst ist an beiden Flächen von normaler Cutis überzogen, wuchs im Verlauf von Jahren auf diese Grösse heran, ist teigig anzufühlen und zeigt sich an dem Theile, welcher an der hinteren Muschelfläche gesehen wird, etwas gelappt. Es wurde Lipoma auriculae diagnosticirt. Die operative Entfernung desselben wird nicht zugestanden. Eine nach der Natur gefertigte Moulage, welche der Vortragende vorweist, versinnlicht das beschriebene Krankheitsbild.

3) Wallnussgrosse Cyste mit serösem Inhalt in der Gegend der Pharyngealmündung der Tuba Eustachii dextra.

Ein 49jähriger tuberculöser Mann beklagte sich über Schwerhörigkeit und subjective Hörempfindungen am rechten Ohre. Die Untersuchung ergab mässige Einziehung des sonst normalen Trommelfells und ziemlich starke Schwellung der Rachenschleimhaut, besonders rechterseits, bei blasser Färbung derselben.

Digitized by Google

Weder beim Valsalva'schen Versuche noch beim Politzer'schen oder bei dem von Gruber angegebenen Verfahren, auch nicht bei Neigung des Kopfes nach der entgegengesetzten Schulter hin, konnte Luft in die rechte Tuba gepresst werden, während sie bei allen diesen Proceduren mit der grössten Leichtigkeit in's linke Ohr einströmte. Beim Catheterisiren der rechten Tuba Eust. stiess man gleich hinter der rechtsseitigen Choane auf eine weiche, elastische Geschwulst, welche die ganze rechte Pharynxhälfte ausfüllte und ein Drehen des Catheters, um mit dem Schnabelende in die Tuba zu gelangen, unmöglich machte. Beim Versuche, von der linken Nasenhöhle aus den Catheter in die rechte Tuba zu bringen, konnte man wohl den Catheter gegen die rechte Seite hindrehen, es gelang aber in keiner Weise, Luft durch die rechte Tuba einzublasen. Da die Rhinoscopia posterior nicht ausgeführt werden konnte, unternahm der Vortragende die dactile Untersuchung und entdeckte auch mit dem Finger die weich anzufühlende, hochgradig elastische Geschwulst. Vom Knorpelwulst der Eust. Röhre konnte mit dem Finger keine Spur entdeckt werden. Da nicht angenommen werden kann, dass eine hochgradige catarrhalische Schwellung streng auf einen Theil des Rachens beschränkt bleibt, die Symptome, welche einem retropharyngealen Abscesse zukommen, ganz fehlten, ebenso eine bösartige Neubildung ausgeschlossen werden konnte, nahmen wir an, dass es sich entweder um ein vorübergehendes Oedem der Schleimhaut handelt, oder dass wir es mit einer gutartigen Neubildung zu thun haben. Es wurde dem Kranken ein mässig adstringirendes Gurgelwasser ordinirt, und die weitere Beobachtung sollte für die später folgende Therapie die Directive geben. Schon am zweiten Tage nach der Untersuchung erlag der Kranke seinem Hauptleiden. An dem nun demonstrirten rechten Schläfebein sieht man das Trommelfell wie oben beschrieben. In der Gegend der Pharyngealmündung der Tuba Eust. findet sich eine wallnussgrosse Cyste mit dünnem Balge und sehr flüssigem Inhalte. Die Cyste nimmt die ganze Rosenmüller'sche Grube ein und setzt sich unter der Tuba gegen die vordere Wand derselben fort. Sie ragte bis nahe zur Mittellinie des Pharynx und verschloss nach vorn hin einen grossen Teil der rechten Choane. Die Pharyngealmündung der Tuba ist durch das Neugebilde auch noch an dem Spirituspräparate fast ganz abgeschlossen, wodurch die Erscheinungen am Lebenden hinreichend erklärt sind.

4) Cyste im äusseren Gehörgange.

Bei dieser Gelegenheit berichtet Gruber über einen im Monate Juli v. J. an seiner Klinik von ihm operirten Fall, wo sich bei einem 53 Jahre alten katholischen Priester eine mit serös-schleimigem Inhalt gefüllte Cyste an der vorderen Wand des rechten äusseren Gehörganges entwickelte und im Verlaufe von mehreren Monaten bis zu der Grösse heranwuchs, dass sie den ganzen Gehörgang abschloss und dem Kranken Schwerhörigkeit und Ohrengeräusche verursachte. Bei diesem Kranken war der Gehörgang nahe an seiner äusseren Mündung durch eine leicht prominirende Geschwulst vollständig verschlossen. Der Kranke kam auch mit der Klage, dass ihm nach und nach sein Gehörgang „zugewachsen" sei. In der That machte es auch auf den ersten Blick

Digitized by Google

den Eindruck, als hätte man es mit einer Exostosenbildung zu thun, was um so wahrscheinlicher war, als das Gebilde, welches den Gehörgang verschloss, mit ähnlicher Cutis überzogen schien, wie man sie gewöhnlich an den Exostosen sieht. Bei genauer Sondenuntersuchung stellte sich's jedoch heraus, dass das Gebilde die hintere Gehörgangswand nur berührte, ohne mit ihr verwachsen zu sein und dass es hochgradig elastisch ist. Um über das Wesen Aufklärung zu erhalten, wurde eine Probepunction vorgenommen, wobei sich ergab, dass der Inhalt seröser-schleimiger Natur sei. Wir hatten es also mit einer Cyste zu thun, die wir gleich durch einen Kreuzschnitt entleerten. Darauf wurden von den so gebildeten Lappen Stücke operativ entfernt, die Höhle mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und der Gehörgang mit Jodoformgaze tamponirt. Vier Tage später wurde der Kranke von allen krankhaften Symptomen befreit aus der Behandlung entlassen. Der Vortragende weist dabei auf die ausserordentliche Seltenheit von serösen Cysten im Gehörgange hin.

Dr. Ferdinand Alt: Casuistische Mittheilungen.

1) Alcoholische Neuritis des Hörnerven.

Im Ambulatorium der Klinik Schrötter erschien ein 37jähriger, dem Potus ergebener Tagelöhner, der seit mehreren Wochen mit Zittern, Parästhesien und Schmerzen in den Armen und Beinen behaftet war. Seit acht Tagen bestanden Seh- und Hörstörungen. Die Untersuchung des Kranken ergab die Diagnose einer alcoholischen Polyneuritis, die Augenuntersuchung (Klinik Fuchs) Neuritis optic. retrobulb. chron. o. u. ex abusu alcoh. Der otiatrische Befund war folgender: Trommelfell beiderseits in Farbe, Glanz und Wölbung normal. Uhr links 17 cm, rechts 11 cm; Flüsterspr. links $^3/_4$ m, rechts $^1/_2$ m; laute Sprache bds. 4 m. Die auf den Scheitel aufgesetzte C_2-Stimmgabel wird an der Ansatzstelle percipirt, Rinne beiderseits positiv mit beträchtlich verkürzter Kopfknochenleitung; C und C_1 werden gut, C_3 und C_4 nur stark angeschlagen percipirt. Nach Catheterismus und Lufteintreibung keine Veränderung.

Der normale Trommelfellbefund, das stark herabgesetzte Hörvermögen, die schlechte Kopfknochenleitung, die bessere Perception für tiefe Töne sprechen für eine nervöse Affection; die alcoholische Polyneuritis, die gleichzeitig aufgetretenen Störungen des Seh- und Hörvermögens, von denen sich erstere als alcoholische Neuritis des Sehnerven erwiesen, lassen es plausibel erscheinen, auch die Affection des Gehörorgans im Sinne einer alcoholischen Neuritis des Hörnerven aufzufassen.

Der Vortragende verweist auf einen analogen, von ihm vorgestellten Fall und empfiehlt, bei jeder vermeintlichen Labyrintherkrankung den Augenhintergrund zu untersuchen. Der ophthalmoskopische Befund dürfte sich in vielen Fällen als ein werthvolles, unterstützendes Moment für die Diagnose verwerthen.

2) Künstliche Perforation des Trommelfells bei Otit. med. plastica.

Die Anlegung einer künstlichen, persistenten Perforation des Trommelfells bei catarrhalischen Adhäsivprocessen des Mittel-

Digitized by Google

ohrs, welche mit unerträglichen subjectiven Beschwerden verbunden sind, wurde von allen Autoren, die sich mit diesem therapeutischen Versuche beschäftigten, als anstrebenswerthes Problem hingestellt. Der Vortragende berichtet über einen Fall von Otitis media plastica, bei welchem es gelang, eine persistente Oeffnung des Trommelfells anzulegen, eine Besserung des Hörvermögens zu erzielen und die bestehenden subjectiven Beschwerden zu mildern.

An der Klinik Gruber stand ein 34jähriger Diener, der mit Otitis med. plast. behaftet war und über continuirliches Ohrensausen und Schwindelanfälle klagte, in ambulatorischer Behandlung; die Therapie bestand in Catheterismus und Injection von Vaselinum liquidum per Tubam. Im Anschlusse an eine Lufteintreibung entstand zufällig eine traumatische Ruptur im hinteren unteren Quadranten des rechten Trommelfells, zu der sich bei fortgesetzter Vaselinbehandlung eine minimale Otorrhoe gesellte. Seit dieser Zeit hörte das Sausen rechts auf, Perforation und Otorrhoe blieben bestehen. Um den zufälliger Weise rechts aufgetretenen pathologischen Process links künstlich herbeizuführen, wurde Patient in der Klinik aufgenommen. Professor Gruber führte eine bogenförmige Durchschneidnng des linken Trommelfells im hinteren unteren Quadranten aus, worauf sogleich Vaselinum liquid. per Tubam injicirt wurde. Schon am nächsten Tage war auch links eine sehr geringe Otorrhoe aufgetreten, das Heulen war einem milden Pfeifen gewichen. Eine kleine Quantität des Eiters wurde vom Rande der bestehenden Perforation unter den üblichen Cautelen entfernt und dem pathologischen Institute zur bacteriologischen Untersuchung übergeben. Im Eiter konnten keinerlei pathogene Microorganismen nachgewiesen werden, dagegen eine bisher noch nicht beschriebene Form von Kurzstäbchen, die sich für Kaninchen und Mäuse als nicht pathogen erwiesen (Dr. O. Lindenthal). Die Otorrhoe beiderseits war eine so minimale, dass sie dem Kranken keinerlei Beschwerden verursachte und sofort sistirte, wenn man nur einen Tag mit den Vaselininjectionen aussetzte. Nach vierwöchentlicher Behandlung war beiderseits eine persistente Lücke des Trommelfells nachweisbar, das Heulen hatte rechts vollständig aufgehört, links blieb ein mildes Sausen zurück. Das Hörvermögen stieg rechts von 30 cm auf $1^1/_2$ m, links auf 30 cm für Conversationssprache, während der Kranke vorher nur laut in das Ohr gerufene Wörter verstand.

3) Zum Schlusse berichtet der Vortragende über die Erfahrungen, die er an der Klinik Gruber mit Acidum trichloraceticum behufs Verschliessung aller Trommelfelllücken in 40 Fällen gesammelt hat.

Als geeignet zur Behandlung mit Trichloressigsäure sieht er jeden Fall von trockener Perforation des Trommelfells an, mit Ausnahme der Perforationen der Shrapnell'schen Membran und der im hinteren oberen Quadranten gelegenen, ferner der vollständigen Destruction des Trommelfells. Im Gegensatze zu Okuneff und Gomperz verwendet er nicht den angeschmolzenen Säurecrystall, sondern eine concentrirte Lösung und ätzt einfach mit dem Sondenknopf. Bei grossen Perforationen ätzt er jeden vierten Tag, bei kleinen ein Mal wöchentlich. Während dieser Therapie hat jede Lufteintreibung zu unterbleiben. Harmlose

Digitized by Google

Eiterungen sah Alt nur zwei Mal auftreten, dagegen in den meisten Fällen stärkere Ansammlung eines rasch eintrocknenden Secretes, das immer sorgfältig mit der Pincette zu entfernen ist. Die Resultate sind sehr befriedigende. (Der Vortrag erscheint ausführlich).

Discussion:

Docent Dr. Gomperz äussert sich sehr befriedigt darüber, dass seine Anregung, die Trichloressigsäure-Behandlung nach Okuneff in Gebrauch zu ziehen, auf so fruchtbaren Boden gefallen ist.

Er habe seit seiner Veröffentlichung diese Methode bei einer neuen grösseren Reihe geeigneter Fälle verwendet und wieder sehr schöne Resultate damit erzielt. Mit dem weitgehenden Optimismus Alt's, der angiebt, eine sichere Wirkung sei in allen Fällen zu erwarten, ist Gomperz nicht einverstanden. Es muss betont werden, dass leider manche Fälle absolut nicht auf die Aetzungen reagiren. Trotzdem sind dieselben bei den meisten persistenten Lücken indicirt, da weder Lage noch Grösse derselben, ebensowenig wie das Alter der Patienten dem Erfolge entgegenstehen. Es vernarben, auch bei Personen über die Fünfzig hinaus, grosse Lücken oft ziemlich rasch, während manchmal kleine Löcher nicht zum Verschluss zu bringen sind. Man darf daher nie dem Patienten die Vernarbung als sicher in Aussicht stellen.

Oefters ist nach einigen Aetzungen ein Stillstand zu bemerken, der dann nach einer weiteren Aetzung in ein rapides Tempo der Vernarbung übergeht: am raschesten sieht man dieselbe eintreten, wenn die Aetzung von stärkerer Entzündung gefolgt ist.

In der ersten von Gomperz publicirten Casuistik figuriren Fälle, wo sich das halbe Trommelfell regenerirte; seitdem ist es ihm gelungen, die Vernarbung auch bei fast vollständiger Zerstörung der Membran zu erreichen.

Geradezu glänzende Resultate bezüglich der Hörfunction hat Gomperz an Fällen erzielt, wo Adhäsionen der Perforationsränder mit der inneren Paukenwand bestanden; er machte dieselben mit dem Synechotom frei und ätzte sie dann. Bei der nun folgenden Reaction und raschen Verkleinerung der Lücke ist die Wiederverwachsung der Synechien leicht zu verhindern. Eine 50jährige Patientin, die eine eiförmige Destruction der vorderen Trommelfellhälfte mit Adhäsion des Hammers hatte und mit der eine Verständigung nur durch Hineinschreien in's Ohr möglich war, hört jetzt nach Bildung einer frei beweglichen Narbe Flüstersprache auf 14 m.

Die Aetzungen übt Gomperz, wie schon in der ersten Publication[1]) mitgetheilt, nicht wie Alt sagt, mit crystallisirter, sondern mit zerflossener Säure an einer mit etwas Watte umwickelten Sondenspitze.

Prof. Gruber ist wohl überzeugt, dass selbst grosse Substanzverluste am Trommelfell vernarben können; dass man aber bei so grossen Narben, wie Gomperz meint, einen Unterschied in dem neugebildeten und dem älteren Gewebe nachträglich nicht wahrnehmen könne, daran müsse er zweifeln, da bekanntlich ein Wiederansatz der verloren gegangenen Membrana propria des Trommelfells nach der Erfahrung aller Ohrenärzte, bis auf Dr. Gomperz, nicht stattfinde.

[1]) Wiener klin. Wochenschrift 1896, No. 38.

Digitized by Google

Dr. Gomperz verweist dagegen auf seinen in der Monatsschrift f. Ohrenheilkunde[2]) veröffentlichten pathologisch anatomischen Befund an einer Trommelfellnarbe, bei der die Substantia propria sich deutlich regenerirt hatte. Die Möglichkeit einer Regeneration der Substantia propria in Narben steht für Gomperz um so weniger ausser Frage, als oft genug Perforationen nach eiterigen Entzündungen ausheilen, ohne auch nur eine Spur am Trommelfell zu hinterlassen.

Dr. Bing: Ich möchte hier einen sogenannten Gehör- oder richtiger Gehörgangsstein vorzeigen, der mir bei der Untersuchung einer mit chronischer Otorrhoe behafteten Patientin gleich vorn im Gehörgang zu Gesicht kam; er war von den Gehörgangswänden durch eine schmale, zum Theil mit Eiter erfüllte Furche abgegrenzt, von graugelblicher Farbe und unregelmässiger Oberfläche, machte zunächst den Eindruck eines Fremdkörpers — eines den Nasenspeichelsteinen analogen Gebildes —, weckte aber auch den Gedanken, dass möglicher Weise ein Sequester mit eiterigem eingedickten Belag vorliege. Ich spritzte zunächst aus, wobei der Körper mit hellem hartem Klang in das Eiterbecken fiel; hinter demselben fanden sich Polypen im Gehörgang. Die Patientin war früher nie behandelt worden. Der Gehörstein, im Umfange einer mittelgrossen Bohne, dürfte aus den verhärteten, mörtelartig eingedickten (verkalkten) Retentionsmassen — vielleicht um einen Baumwollpfropf als Kern — bestehen.

Dr. Hammerschlag und Dr. Czinner demonstriren eine Anzahl histologischer Präparate, betreffend die Entwicklungsgeschichte des Gehörlabyrinths der Säugethiere.

Die Präparate sind im Institut des Herrn Prof. Schenk hergestellt und stammen von Meerschweinchen embryoner verschiedener Entwicklungsstadien. Eine genaue Verwerthung ihres Materials bleibt einer späteren, ausführlichen Publikation vorbehalten.

Prof. Gruber zeigt die photographische Abbildung eines Schläfebeins, welche mit Benutzung der Röntgen-Strahlen gefertigt wurde.

In der Sitzung der Oesterreichischen otologischen Gesellschaft am 24. Februar l. J. demonstrirte Prof. Gruber eine Fractur des Schläfebeins von seltener Art.[3]) Die Fractur lief parallel mit der Längsachse der Pyramide, durchtrennte das Dach der Trommelhöhle und auch die vordere und obere Wand des äusseren Gehörganges. Das Trommelfell erlitt einen Riss am hinteren Segmente. Da Gr. das Präparat möglichst wenig zerstören, aber doch über die Beschaffenheit der Gehörknöchelchen und der inneren Trommelhöhlenwand Aufschluss haben wollte, kam er auf die Idee, mit Röntgenstrahlen vom Trommelfell aus zu beleuchten, eine Photographie anfertigen zu lassen und mit Hilfe derselben den Befund zu studiren. Durch die vortreffliche Firma Reiniger, Gebbert & Schall wurde die Photographie hergestellt. Ueber die Verhältnisse in der Trommelhöhle giebt sie nur wenig Aufschluss; dagegen zeigt sie in der Region des Warzentheils eine Zeichnung, welche die Vermuthung erweckt, dass sich die Warzen-

[2]) 1892, No. 4.

[3]) Siehe letzte Nummer dieser Monatsschrift, Seite 73.

Digitized by Google

zellen und andere lufthaltige Räume in der Photographie markiren. Es zeigen sich genau umschriebene weisse Flecke, welche, verglichen mit den an dem nunmehr durchsägten Warzenfortsatz sichtbaren Zellen, ziemlich genau correspondiren. Gr. möchte durchaus nicht behaupten, dass sich die Sache wirklich immer so gebe und dass man mit Röntgenstrahlen auf die Weise über die Beschaffenheit der Warzenzellen Aufschluss erhalten könne; immerhin sei aber die Sache des weiteren Studiums werth, und es sei bereits alles eingeleitet, um der Sache auf den Grund zu kommen. In jedem Fall will der Vortragende in einer späteren Sitzung auf den Gegenstand noch einmal zurückkommen.

Nachtrag

zu meinen im Januar-Hefte des laufenden Jahrganges in dieser Monatsschrift veröffentlichten „Bemerkungen über den Canalis caroticus mit Bezug auf practische Ohrenheilkunde".

Von befreundeter Seite wurde ich aufmerksam gemacht, dass Herr Prof. Körner in seinem im XXIII. Jahrgang der Zeitschrift für Ohrenheilkunde veröffentlichten Aufsatze: „Das Fortschreiten von Krankheiten der Paukenhöhle durch den carotischen Canal in die Schädelhöhle" theilweise zu gleichen practischen Folgerungen kam, wie sie in meinem oben angeführten Aufsatz ausgesprochen sind. In der That hat Körner in der genannten Publication unter Anderem darauf hingewiesen, dass durch Anomalien im Canalis caroticus (abnorme Lücken der knöchernen Wand) die Möglichkeit geboten sein kann, dass bei Paracentese des Trommelfells, wenn sie am vorderen Segmente ausgeführt wird, leicht eine Verletzung der Carotis und dadurch eine gefährliche Blutung zu Stande komme. Leider war mir diese interessante Arbeit Körner's aus der Erinnerung gekommen, und ich erkenne dies um so bereitwilliger an, als es sich doch schliesslich nur um die Richtigstellung der Thatsache handelt, und diese um so mehr gestützt wird, wenn zwei Forscher unabhängig von einander in ihren Studien zu dem gleichen Resultat gelangen.

Wien, 13. April 1897. Jos. Gruber.

II. Referate.

a) Otologische:

Jahresbericht über die an den deutschen Universitäten auf dem Gebiete der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten erschienenen Doctor-Dissertationen (August 1895/96). Von Dr R. Dreyfuss in Strassburg i. E. (Schluss.)

C) Mundrachen, Kehlkopf und Halsorgane.

49) Baer, Gustav: Ueber die primären Localisationen der Inhalationstuberculose. Erlangen 1896.

50) Barth, Theodor: Ein Fall von Lymphangiosarcom des Mundbodens. Heidelberg 1896.

Digitized by Google

51) Beck, Wilh.: Ueber d. Austritt des N. hypoglossus und N. cervic. primus aus dem Centralorgan des Menschen. Tübingen 1895.
52) Beez, Walter: Ueber seltenere Vorkommnisse bei Necrose und Vereiterung von Bronchialdrüsen. Jena 1895.
53) Bönniger, Max: Ueber Leucoplacia lingualis, buccalis et labialis. Berlin 1896.
54) Brigel, Oscar: Ueber die Brüche der Luftröhre. Tüb. 1895.
55) Chrysander, Rud.: Ein Fall von Carcinom am Anfang des Oesophagus. Jena 1896.
56) Cronemeyer, Georg: Beitrag zur pathologischen Anatomie der Diphtherie. Kiel 1895.
57) David, Simon: Ueber einen Fall von idiopath. Leucoplacia oris. Bonn 1896.
58) Fischer, Otto: Beiträge z. Pathol. der Thymusdrüse. Berl. 1896.
59) Freysz, Moritz: Ein Fall von dauerndem Sympathicuskrampf bei Tabes dorsalis. Strassburg 1895.
60) Goy, Karl: Ueb. Substanzen, welche die Geschmacksempfindungen beeinflussen. Würzburg 1896.
61) Haun, Heinr.: Diphtherie und Heilserum. Jena 1895.
62) Heimann, David: Ueber Kropfbehandlung mittelst Schilddrüsenfütterung. Strassburg 1895.
63) Helbing, Karl: Zur Casuistik der musculären Macroglossie. München 1896.
64) Hock, Valentin: Ueber syphilit. Trachealstenose. Erlang. 1895.
65) Holland, Siegfried: Zur Behandlung der Struma. Halle 1896.
66) Honsell, Bernh.: Ueb. maligne Tumoren der Tonsille. Heid. 1895.
67) Kahn, Max: Ueber Macroglossie (Lymphangiom der Zunge). Würzburg 1896.
68) Koenigsberger, Paul: Die Intubation bei Larxnystenosen. Würzburg 1894.
69) Kotte, Rich.: Zur Kenntniss der physiol. und therap. Wirkung der Schilddrüsenpräparate. Erlangen 1896.
70) Kranz, Walter: Zur operat. Behandlung d. Kropfes. Königsb. 1895.
71) Krumbein, Reinhard: Der Einfluss des Heilserums auf die Diphtherie. Jena 1895.
72) Lichtenauer, Kurt: Ueber d. gutartigen Geschwülste der Uvula und des weichen Gaumens. Greifswald 1896.
73) Leiser, Karl: Ein Fall von Struma maligna carcinomat. substernalis. München 1896.
74) Mayr, Lorenz: Ueb. Fremdkörper i. d. Luftwegen. Münch. 1896.
75) Meyer, Semi: Durchschneidungsversuche am N. glossopharyng. Berlin 1896.
76) Mueller, Willy: Die gutartigen Tumoren der Zungenbasis. Würzburg 1895.
77) Müller, Jos.: Ueber die Resultate der Diphtheriebehandlung in der chirurg. Klinik zu Halle v. 1. April 1890—96. Halle 1896.
78) Neidhöfer, Karl: Ectopie der Zähne, speciell in Beziehung zur Eiterung des Antrum Highmori. Marburg 1895.
79) Neugebauer, Bruno: Ueber Messungen des weichen Gaumens mit Darstellung einer neuen Messungsmethode. Königsb. 1896.

Digitized by Google

80) Oertel, Bruno: Die Kieferklemme u. ihre Behandlung. Halle 1896.
81) van Oordt, M. J. F. E.: Beitrag zur Lehre von der apoplectif. Bulbärparalyse mit besonderer Berücksichtigung der Schlinglähmung. Heidelberg 1896.
82) Opitz, Karl: Oesophaguscarcinom mit Perforation in die Trachea. München 1896.
83) Refslund, Hakon: Ueber Respirationsstörungen in Folge von Missbildung der Epiglottis. Kiel 1896.
84) Rieder, Joseph: Ueber Syringomyelie mit bulbären Symptomen. Erlangen 1895.
85) Ritter, Carl: Die feineren Veränderungen in den Luftwegen bei Croup und Diphtherie. Kiel 1896.
86) Rosenthal, Max: Beiträge zur Lehre und Casuistik des Erythems bei Angina und Diphtherie. Berlin 1896.
87) Schachtrupp: Alb.: Beobachtungen über die Häufigkeit der Aufnahme von Gurgelstoffen in den Körper. Halle 1896.
88) Schäfer, Friedr.: Ueber Spasmus glosso-labialis unilateralis hystericus. München 1896.
89) Schereschewsky, Moses: Untersuchungen stotternder Kinder mit bes. Berücksichtigung des Kehlkopfes. Königsb. 1896.
90) Skladny, Richard: Ueber das Auftreten glatter Atrophie des Zungengrunds in Folge hered. Lues. Berlin 1896.
91) Starck, Hugo: Der Zusammenhang von einfachen chronischen und tubercul. Halsdrüsenschwellungen mit cariösen Zähnen. Heidelberg 1896.
92) Sühring, A. H. Wilh.: Ueber die pathol. Anatomie der sogen. Papillome des Larynx. Berlin 1895.
93) Vent, Friedr.: Zur Casuistik der diphtheroiden Erkrankungen des Rachens. Greifswald 1895.
94) Watten, Ignatz: Beitrag zur Angina syphilitica. Würzb. 1895.
95) Wintermann, Heinr.: Beitrag zur Diagnostik der bösartigen Thymusgeschwülste. Greifswald 1896.
96) Zaudy, Carl: Ueb. d. Tuberculose der Alveolarfortsätze. Bonn 1896.
97) Zschirnt, Adolf: Ueb. Larynxkrisen bei Tabes dors. Erl. 1895.
Nicht zugänglich:
98) Marcuse, Alfred: Beiträge z. Diphtheriestatistik. Leipzig 1896.

Die Resultate der fleissigen Arbeit Beck's (51) eignen sich nicht zu einem kurzen Referat.

Meyer (75), der auf Anregung B. Baginsky's seine Versuche anstellte, kam zu sehr bemerkenswerthen Resultaten. Es wurden mehrwöchige Kaninchen verwandt, wobei sich ergab, dass nach der Durchschneidung des N. glossopharyngeus in den Papillis foliatis Veränderungen eintraten, die in 10—12 Tagen zum völligen Verschwinden der Geschmacksknospen führten. Dabei war nirgends ein Untergang von Zellen zu beobachten, vielmehr wandelte sich der Epithelüberzug allmählig in einer gesetzmässigen Weise in ein gewöhnliches geschichtetes Plattenepithel um. Aus dem genauen Studium der histologischen Veränderungen, sowie aus theoretischen Betrachtungen leitet Meyer den Schluss ab, dass dieser Process aufzufassen ist als das Aufgeben einer Differenzirung, die der Function angepasst war, mit dem Fortfall des

Digitized by Google

die Function und damit die Form der Zelle bestimmenden Nerveneinflusses.

Goy (60) hat Versuche über die Wirkung der Gymnemasäure angestellt und kommt zu dem Resultate, dass diese Säure die Empfindung für süss schmeckende Substanzen auf 2—3 Stunden ganz aufhebe, für bitter schmeckende Substanzen jedoch nur eine graduelle Abstumpfung des Geschmackvermögens stattfinde.

Schachtrupp (87) hat im Anschluss an zwei tödtlich verlaufene Vergiftungen durch den Gebrauch von Solut. kalii chlorici als Gurgelwasser Versuche angestellt über die Grösse der Resorption von unabsichtlich verschluckten Gurgellösungen. Es wurden hierzu Lösungen von Jodkali, Natrium salicylicum und in vorsichtiger Weise Kalium chloricum benutzt. Bei Vergurgelung von Sol. kal. jod. 10,0 : 300,0 innerhalb $9^1/_2$ Stunden fanden sich $2^1/_2$ g des Salzes im Urin wieder; bei Sol. natr. salicyl. 10,0 : 200,0 circa $1^1/_2$ g, bei Sol. kalii chlor. 10,0 : 300,0 $1^1/_4$ g.

Aus den zwei Sectionsbefunden und den Versuchen Schachtrupp's ergiebt sich, wie sehr Vorsicht bei toxisch wirkenden Gurgellösungen am Platze ist oder, wie Ref. meint, dass das überhaupt nicht besonders wirksame Kalium chloricum aus der Reihe der vom Arzte verordneten Gurgellösungen verschwinden sollte.

Neugebauer (79) hat unter Kafemann's Leitung eine Reihe von Messungen des weichen Gaumens gesunder und kranker Individuen (Ozaena und Tumoren) angestellt. Er giebt als eine Modification der Methoden von Kayser, Castex und Lermoyez an, dass Kafemann 20 stäbchenförmige Plättchem (aus welchem Material?) anfertigen liess, deren Länge von 20—40 mm um je 1 mm variirte. Mittelst dieser Plättchen, die mit einer Pincette an den weichen Gaumen angedrückt wurden, wurde dessen Länge vom Ende des harten Gaumens bis zur Basis der Uvula gemessen. Die mittlere Länge war bei gesunden Männern 32,6, Frauen 30,7, bei Ozaena Männer 31, Frauen 27, bei Tumoren Männer 28,5, Frauen 30 mm. Doch ist die Zahl der letzteren Kranken zu klein, um statistisch verwerthet werden zu können. Jedenfalls ist, auch nach des Referenten Ansicht, die Kürze des weichen Gaumens bei Ozaenösen kaum als Zufall aufzufassen, sondern wohl begründet in einem Zurückbleiben dieses Gebildes, wie der übrigen Nasenpartien, in Folge des gewöhnlich schon vor der Pubertät einsetzenden entzündlichen und atrophisirenden Processes.

Honsell's (66) umfassende Arbeit giebt zunächst einen Ueberblick über die Literatur, dann in einer Anzahl von schematischen Holzschnitten über die verschiedenen Operationsmethoden bei malignen Geschwülsten der Tonsillen. Zum Schluss beschreibt Verf. die malignen Tonsillartumoren, die unter Czerny's Leitung seit 1878 an der Heidelberger chirurgischen Klinik zur Beobachtung kamen. Es waren dies 7 Carcinome und 9 Sarcome. Nur ein Patient, eine 31jährige Frau mit Lymphosarcoma tonsillae, wurde dauernd geheilt und noch nach zehn Jahren recidivfrei befunden; ein Fall war zur Zeit der Beobachtung $1^1/_2$ Jahre recidivfrei; alle anderen Kranken — soweit Erkundigungen von Erfolg — erlagen ihrem Leiden.

Behufs Studiums der Frage von der primären Localisation der

Digitized by Google

Inhalationstuberculose hat Baer (49) die Bronchialdrüsen von 60 Leichen mit und ohne Lungentuberculose microscopisch untersucht. Er konnte jedoch zu keinen für die Lösung der Frage entscheidenden Schlüssen kommen, denn es fanden sich sowohl Fälle mit Bronchialdrüsentuberculose ohne jede Lungenaffection, als auch solche mit florider oder abgeheilter Lungentuberculose, und schliesslich drittens auch Fälle mit gesunden Bronchialdrüsen bei vorhandener abgeheilter Spitzentuberculose.

Die These von Beez (52) enthält neben einem Ueberblick über die Literatur die interessante Krankengeschichte einer in die Trachea durchgebrochenen Tracheo-Bronchialdrüse, deren Symptome man im Original nachlesen möge.

Indem ich nunmehr zu den nervösen Larynxaffectionen übergehe, will ich vor Allem die lesenswerthe Dissertation von Schereschewsky (89) erwähnen, die unter Kafemann's Leitung zu Stande kam. Sie richtet ihr Augenmerk hauptsächlich auf laryngeale Störungen bei Stotternden. Daneben wurden aber auch die übrigen, bereits bekannten Begleiterscheinungen des Stotterübels (z. B. das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen) berücksichtigt. Untersucht wurden 76 Kinder. U. A. fand Schereschewsky bei 20 pCt. der Kinder einen Torus palatinus, doch überlässt es der Autor dem Leser, diesem Befund, der bekanntlich als Degenerationszeichen gedeutet wird, einen Werth beilegen zu wollen. Bei 11 Kindern fand er gewisse Bewegungsstörungen der Stimmbänder (die übrigen wiesen normales Verhalten auf), und zwar bei 6 das Bild der Aphonia spastica, bei 3 intonatorische Ataxie der Stimmbänder. (6 + 3 = 9 Kinder mit laryngealen Störungen und nicht 11, wie Sch. schreibt. Ref.) Endlich fügt Sch. noch die Geschichte eines Falles von Stottern bei, der nach Entfernung der adenoiden Vegetationen ohne jeden weiteren Sprachunterricht heilte.

Die bulbären Symptome in dem Rieder'schen (84) Falle von Syringomyelie bestanden in rechtsseitiger Lähmung des weichen Gaumens und rechtsseitiger Recurrenslähmung des Stimmbands.

Zschirnt (97) sah einen Fall von Larynxcrisen bei Tabes, bei dem die laryngoscopische Untersuchung nicht vorgenommen werden konnte, ohne einen schweren Krampfanfall auszulösen. Eine Section wurde nicht ausgeführt. Die Literatur ist sehr kurz abgethan.

Auf die interessante Arbeit von van Oordt (81) kann ich an dieser Stelle nur hinweisen. Ihr Studium ist für Jeden, der sich für die Frage der Neuropathologie des Schlundes interessirt, unerlässlich.

Der Patient Freysz' (59) zeigte außer einer andauernden Tachycardie (90—180 Schläge in der Minute), die als Sympathicuskrampf gedeutet wird, noch nächtliche Crises laryngées milden Grades. Die Beobachtung ist insofern unvollständig, als bei der Abfassung der Arbeit die Medulla oblongata noch nicht microscopisch untersucht war.

Schäfer (88) macht aufmerksam auf den bei Hystericis zuweilen vorkommenden einseitigen Spasmus der mimischen Muskeln und jener Zungenmuskeln, die vom unteren Facialisast und vom Hypoglossus versorgt werden. Dieses Symptom sei in Fällen, wo Verdacht auf ein organisch bedingtes Leiden vorliege, oft von differentialdiagnostischer Bedeutung.

Die Einführung des Heilserums in die Therapie der Diphtherie

Digitized by Google

gab Anlass zu den Dissertationen von Krumbein (71) und Müller (77). Kr. stellte die auf der Jenenser medicinischen Klinik behandelten Diphtheriefälle der Jahre 1890—1895 zusammen. In 1895 wurden 62 Fälle mit Heilserum behandelt, und ermuthigen die Resultate zu weiterer Fortsetzung dieser Methode. Die Müller'sche Statistik umfasst die Fälle der Hallenser chirurgischen Klinik während annähernd derselben Periode. Müller spricht sich nicht so günstig für das Heilserum aus, da die Mortalität annähernd dieselbe blieb.

Cronemeyer (56) giebt an der Hand der Kieler Sectionsprotocolle von 1888—1894 eine Statistik der bei Diphtherie vorkommenden Erkrankungen der Körperorgane.

Vent (93) beschreibt den Verlauf eines Falles von diphtheroider Angina, in dem die fortgesetzte bacteriologische Untersuchung stets nichts anderes als Pneumoniecoccen ergab. Das Auffallendste war, dass eine Febris continua von sieben Tagen bestand, die mit plötzlicher Defervescenz endete, so dass sich ein Vergleich mit dem Verlauf einer croupösen Pneumonie so zu sagen von selbst aufdrängte.

Neben der Beschreibung eines Falles enthält die Arbeit von Opitz (82) eine tabellarische Uebersicht über die Organe, nach welchen die Perforationen der Carcinome des Oesophagus zu erfolgen pflegen auf Grund von 95 Fällen, die Verf. aus der Literatur gesammelt hat. $^3/_4$ aller perforiren in die Organe des Respirationsapparates, und zwar hier wieder hauptsächlich in die rechte Lunge, die Trachea und den linken Bronchus, $^1/_5$ ungefähr in den Circulationsapparat, und hier wiederum besonders in die Aorta und in's Pericard.

Die sehr übersichtlich geschriebene These von Kranz (70) giebt zunächst einen Ueberblick über den jetzigen Stand der Operationsfrage der Strumen, die verschiedenen Methoden, deren Vorzüge und Nachtheile. Ausserdem folgt eine ausführliche Casuistik von 30 von Braun operirten gutartigen Strumen.

Kotte (69) stellte an sich selbst Untersuchungen an, inwieweit die Einnahme von Schilddrüsensubstanz den Stoffwechsel zu beeinflussen vermag. Er fand eine durchschnittliche Vermehrung der Harnmenge, Zunahme der Phosphorsäure- und Stickstoffausscheidung und der Pulsfrequenz. Jod konnte im Urin nach Einnahme von Tabletten nicht nachgewiesen werden.

---

b) Rhinologische:

Ueber acute Osteomyelitis des Oberkiefers. Von Dr. E. Schmiegelow in Kopenhagen. (Arch. f. Laryng. etc., 1896, Bd. V, S. 115.)

Fall, ein 4jähriges Mädchen betreffend, welches, bislang gesund, mit Fieber-Erscheinungen und mit Anschwellung des rechten Oberkiefers erkrankte. Es bildete sich ein Abscess, welcher sich theils durch den Process. alveolar., theils durch die Nasenhöhle entleerte. Das Resultat der Krankheit war ein necrotisirender Process des Oberkieferknochens, welcher in Form von grösseren und kleineren Sequestern ausgeschieden wurde. Nachdem der Eiter Abfluss bekommen und die Necrose sich abgegrenzt, verlor sich der acute Zustand, das Fieber

Digitized by Google

verschwand, die Schmerzen hörten auf, der Appetit kam wieder und das Krankheitsbild nahm einen chronischen Character an. Ein Theil des Oberkieferknochens konnte nicht ausgeschieden werden, sondern bildete grosse Sequester, welche die Suppuration durch eine Reihe von Jahren unterhielten. — Der Fall ist selten, da er sich ohne jede bestimmte Ursache bei einem sonst gesunden Individium entwickelte. — Was die Behandlung anlangt, so besteht sie bei der acuten osteomyelitischen Oberkiefererkrankung darin, möglichst bald dem Eiter freien Abfluss zu verschaffen und Zugang vom Munde aus zu erhalten, etwa durch Entfernung von Zähnen. Darauf kann man die Oberkieferhöhle mehrere Mal am Tage ausspritzen, schon des üblen Geruchs halber. Lose Sequester müssen entfernt werden.

Beschorner.

Eine neue Methode zur Behandlung der Nebenhöhleneiterungen der Nase. Von Dr. G. Spiess in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngol. etc., 1896, Bd. V, S. 150.)

Ein mit Hartgummi überzogener, am Ende freier Kupferdraht, den einen Pol bildend, wird in die mit Kochsalzlösung gefüllte kranke Nebenhöhle eingeführt; auf der Höhlenwandung liegt der andere Pol, welcher durch eine auf Brust oder Schulter aufgelegte grosse Platte, unter möglichster Vermeidung durch Stromschleifen das Centralnervensystem zu kreuzen, zugeführt wird. Die bactericide Wirkung der Pole, die chemischen Eigenschaften des neugebildeten Chlorkupfers, die Richtung des Stromes von der Anode nach der Kathode und sein Bestreben, durch die Schleimhaut hindurch zu dringen und das oben gebildete Kupfersalz mitzuführen (Cataphorese) sind die Heilfactoren, von denen sich S. günstige Wirkung insbesondere auf chronische Empyeme verspricht.

Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Betrachtungen über Natur und Diagnose der Diphtheritis. (Considérations sur la nature et le diagnostic de la diphtérie.) Von Prof. Dr. Crocq. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belge 1896, No. 7.)

Verf. greift in seiner Rede die Bacteriologie im Allgemeinen an; nach Verf. hat dieselbe eine unglaubliche Anarchie in der Wissenschaft hervorgerufen; sie hat das Band zerrissen, welches Pathologie und Therapie vereinigte; sie ist bis jetzt in therapeutischer Hinsicht machtlos geblieben; in einem Wort, um sich eines modernen Ausdruckes zu bedienen, bezeichnet Verf. das Resultat der gesammten Bacteriologie als einen kläglichen Krach. Schon die sogenannte Entdeckung des Commabacillus hat einen irrthümlichen Begriff über asiatische Cholera geschaffen, indem der Cholerabacillus als einziges Zeichen der asiatischen Cholera gilt; ein an einfacher Diarrhoe leidender Patient, welcher auch in ein paar Tagen geheilt ist, wird als cholerakrank bezeichnet, ganz einfach, weil man bei ihm den Commabacillus gefunden hat; ein anderer, unter den stürmischen Symptomen der Cholera dahinsterbender Patient wird nicht als Cholerakranker bezeichnet, weil man den Commabacillus

Digitized by Google

nicht nachweisen konnte. Ebenso verhält es sich mit der Diphtheritis. Verf. giebt drei ganz genau beschriebene Krankengeschichten, bei denen der Löffler'sche Bacillus nachgewiesen war, welche also eigentliche Diphtheritis waren, welche aber sehr gutartig in zwei bis sechs Tagen ohne Serotherapie heilten und welche Verf. trotz des bacteriologischen Befundes von seinem Standpunkte aus als einfache lacunäre Angina erklärt. Wären dieselben, dem bacteriologischen Befunde gemäss, mit Serum behandelt worden, so würde man behaupten, diese drei Patienten wären durch Seruminjection von wahrer Diphtheritis geheilt worden; demgemäss sind auch alle Diphtheritisstatistiken mangelhaft. Demgemäss schliessen wir weiter, dass „die bacteriologische Untersuchung von gar keinem diagnostischen Werth bei Halsleiden ist"; es klingt hart, aber der Gedanke zwängt sich jedem Beobachter auf, wenn er sieht, dass ein Halsleiden, welches jedem nur etwas erfahrenen Arzte als unschuldig erscheint, dass ein solches gutartiges Halsleiden dieselben bacteriologischen Symptome zeigt, wie der schlimmste Croup! Wir schliessen weiter, „dass dieselbe bacteriologische Untersuchung nicht nur bedeutungslos für die Diagnose, sondern auch von gar keinem Werthe für die Natur des Halsleidens ist"; denn man kann denselben Bacillus auf einer gesunden Schleimhaut finden. Damit dieser selbe Bacillus etwas Krankhaftes hervorbringe, muss die Schleimhaut vorher krank sein, dass heisst, die Schleimhauterkrankung besteht vor der Entwicklung des Bacillus, sie ist die Ursache und nicht die Folge dieser Entwicklung; selbst die verschiedenen gutartigen und bösartigen Formen hängen nicht von dieser secundären Entwicklung, nicht vom Bacillus, sondern von der primären entzündlichen Erkrankung des Schleimhautgewebes ab. Die anatomische Läsion, welche also zugleich mit dem Bacillus besteht, ist immer eine Entzündung, und diese Entzündung ist identisch mit der Entzündung, welche durch die verschiedensten Reize hervorgerufen werden kann und welche auf die verschiedensten Grade von der einfachen Injection bis zur wirklichen diphtheritischen Entzündung mit fibrinöser Infiltration und Absterben der Gewebe verläuft. Also die anatomische Veränderung der Gewebe, nicht der Microb als Accessorium, bestimmt die Natur und die Intensität der Krankheit. Soweit der Verfasser.

Die Widerlegung obiger Behauptungen würde bei dem heutigen Standpunkt der Wissenschaft als überflüssig erscheinen, wären dieselben nicht in öffentlicher Sitzung der Brüsseler Academie ungerügt vorgetragen und ex cathedra vor den Schülern docirt worden.

Verblüfft frägt der Leser sich, wo die Grundgesetze der Logik bleiben, wenn ein Professor in drei Fällen von acuter Angina mit Mandelbelag und mit bacteriologischem Nachweis des specifischen Bacillus die Diagnose „Diphtheritis" leugnet, einzig und allein aus dem Grunde, dass die betreffenden Patienten in einigen Tagen bei geringem Allgemeinleiden unter einfacher Behandlung ohne Serumgebrauch heilten.

Bei allen Infectionskrankheiten und speciell bei Diphtheritis treten leichte und schwere Fälle auf. In leichten Fällen helfen alle unsere sogenannten antidiphtheritischen Mittel, deren grosse Zahl in umgekehrtem Verhältniss zu ihrem reellen Werthe steht, dieselben lassen uns nämlich

Digitized by Google

im nächsten schweren Falle im Stich. Zu solchen leichten Fällen von Diphtheritis, möge man dieselbe nun lacunaris, herpetica oder interstitialis nennen, gehörten ohne Zweifel die vom Verf. beobachteten; es waren aber leichte Fälle von echter Diphtheritis, eben weil der Löffler'sche Diphtheritisbacillus nachgewiesen wurde: dieselben heilten „unter" einfacher gewöhnlicher Behandlung: sie wären, wenn man aus Analogie und nach der alltäglichen Erfahrung schliesst, auch von selbst geheilt: „unter" der durch den bacteriologischen Befund indicirten Serumbehandlung wäre natürlich auch Heilung eingetreten, und „es wären wieder drei Patienten durch Serumbehandlung von wahrer Diphtheritis geheilt worden", wie Verf. mit Recht sich ausdrückt. Mit Unrecht aber zieht Verf. den weiteren Schluss, dass alle die antidiphtheritische Serumbehandlung betreffenden Statistiken mangelhaft sind: letztere Anspielung auf das post hoc ergo propter hoc lässt sich bei jedem günstigen Erfolg aller Behandlungsmethoden, namentlich bei den guten Resultaten jeder medicamentösen Therapie machen; speciell lässt sich das Sprichwort bei den vom Verf. bei seinen Fällen von Angina pseudomembranacea angewandten Mitteln geltend machen. In dieser Beziehung hinken also alle Statistiken, am wenigsten aber hinken sie bei der Serotherapie, wenn Diphtheritis klinisch und bacteriologisch nachgewiesen ist: denn eben dieses post hoc tritt nach Serumbehandlung der klinisch und bacteriologisch diagnosticirten Diphtheritis so regelmässig ein; es trifft bei klinisch zwar diagnosticirter, bacteriologisch aber nicht bewiesener Diphtheritis so regelmässig nicht ein, dass man das propter hoc in ersterem Falle gezwungen ist anzunehmen.

Viel logischer hätte Verf. aus seinen Beobachtungen folgenden Schluss gezogen: Meine auf gewöhnliche Weise mit Erfolg behandelten echten Diphtheritisfälle beweisen, dass „leichte wahre Diphtheritisfälle ebenso gut unter gewöhnlicher, wie unter Serumbehandlung heilen", was übrigens die alltägliche Erfahrung lehrt. Damit wäre Verf. auf der heutigen Höhe der Wissenschaft geblieben. Denn eine Angina pseudomembranacea braucht nicht nothwendiger Weise diphtheritisch zu sein, um schwer zu verlaufen, ebenso wie eine wahre Diphtheritis nicht immer schwer verläuft. Im Gegentheil, seit eingeführter bacteriologischer Controlle sehen wir ganze Reihen von nichtdiphtheritischen Anginen mit Tod enden. Man ist heute zur Ueberzeugung gelangt, dass Pseudomembranen, angeschwollene Cervicaldrüsen und Fieber nicht mehr zur Diagnose „Diphtheritis" genügen. Jeder Arzt hat Anginen mit ekelerregenden Exsudaten im Rachen, mit bedeutend angeschwollenen Halsdrüsen, mit schwerem Allgemeinleiden und mithin schlechter Prognose beobachtet, welche Fälle gegen alle Erwartung gutartig verliefen, selbst ohne Serumbehandlung. Aber auch jeder Arzt hat bei scheinbar leicht auftretenden Halsentzündungen leider das Gegentheil oft erlebt; dieses Factum hatte immer für den betreffenden Arzt etwas Demüthigendes und Niederdrückendes. Das in der Medicin früher so schwer in die Wagschale fallende und oft unheilbringende „Auge des Arztes" ist besonders gefährlich bei Angina membranacea, wo jeder Arzt anders „sieht" und oft keiner das Wahre erblickt. Diese Unsicherheit allein beweist, dass ohne bacteriologische Untersuchung jede wissenschaftliche Grundlage der Diagnose von Diphtheritis abgeht.

Digitized by Google

Das äussere macroscopische Gepräge der Membranen trügt das „Auge des Arztes", ganz ähnlich wie ein gedämpfter Percussionsschall am Thorax für sich allein die bestehende Lungenerkrankung zu erkennen nicht gestattet: In einem französischen Militärlazareth lagen viele Soldaten mit der Diagnose Diphtheritis krank; als endlich der so überaus gutartige Verlauf der Krankheit, sowie das lustige Treiben der Patienten auffielen, wurde die bacteriologische Untersuchung der Pseudomembranen angeordnet, welche zu keinem Resultate führte; eine genaue Instruction ergab nun, dass die betreffenden Patienten durch geschickt ausgeführtes Bestreichen der Rachengebilde mittelst Canthariden pulver die schönsten Pseudomembranen hervorgebracht hatten. — Ein anderes Mal wurden mittelst reiner Carbolsäure auf den Mandeln Pseudomembranen hervorgerufen, welche „das Auge des Arztes" für Diphtheritis erklärte. — In der Société médicale des Hôpitaux de Paris zeigte neulich Dr. Dalches zwei Patienten, bei welchen man eine Angina pseudomembranacea willkürlich durch innerliche Anwendung von Antipyrin hervorrufen konnte, welche Angina dann rasch unter dem Gebrauche von Kali chloricum und Borsäure heilte. In derselben Sitzung wurde eine Angina pseudomembranacea demonstrirt, welche bacteriologisch aus den verschiedenen reinen Formen des Leptothrix bestand; das Exsudat hatte ausschliesslich Mandeln und weichen Gaumen befallen und bot klinisch das Bild der Diphtheritis dar. Dieser primäre Soor tritt ohne Aciditäts- und Trockenheitsgefühl im Halse auf, namentlich wenn ein kranker Boden und sonstige günstige Verhältnisse obwalten. — Die Friedländer'sche, von Hebert beschriebene Angina pseudomembranacea zeigt nur Pneumococcen (Salomon-Fränckel) in den Pseudomembranen und wurde erst neulich von Professor Jaccoud, welcher in seiner Eigenschaft als Kliniker doch auch viel auf die gewöhnlichen klinischen Symptome hält, als specifische, nicht diphtheritische Angina beschrieben, welche aber nur bacteriologisch zu erkennen sei. — Eine Staphylococcenangina mit Allgemeininfection, staphylococcenbronchopneumonischen Herden und staphylococcischer Endocarditis führte trotz aller Behandlung zum Tode; klinisch war Diptheritis diagnosticirt worden (Dr. Charin, Semaine médicale 1896, 14 Mars). — In seinen microbiologischen Studien erwähnt der bewährte Kliniker Landouzy eine ganze Reihe von Anginen, wo die „bacteriologische Diagnose klinische Irrthümer verbessert hat". Er giebt das Resultat von 860 Anginen mit Mandelbelag; es wurden blos 364 Mal Diphtheritisbacillen, d. h. in 42,32 pCt. nachgewiesen; von den übrigen erwiesen sich 79 als Streptococcen, 293 als Mischformen. Landouzy erwähnt nun ferner, dass die symptomatische Diagnose für sich allein nichts heisse. Landouzy hat Mandelbelege beobachtet, welche „das Auge des Arztes" als Syphilis erkannt hatte, welche aber nach stattgehabter bacteriologischer Untersuchung als echte Diphtheritis erklärt werden mussten.

Diese nur beispielsweise angeführten Thatsachen beweisen, dass eine grosse Zahl der die klinischen Symptome der Diphtheritis darbietenden Anginen dennoch keine Diphtheritis sind, ebenso wie eine nicht diphtheritisch aussehende Angina dennoch Diphtheritis sein kann: gemäss dem bacteriologischen, dem einzig maassgebenden Befunde. Die in den letzten Zeiten auf der diphtheritischen Abtheilung des Hôpital

Digitized by Google

Lariboisière angestellten bacteriologischen Untersuchungen haben zu dem wichtigen Resultate geführt, dass die wahre Diphtheritis bei Erwachsenen viel häufiger vorkommt, als man bis jetzt glaubte. Eben weil die Krankheit bei Erwachsenen durchweg gutartig verläuft, weil sie oft spontan und ohne Serumbehandlung heilt, weil sie das klinische Bild einer Angina catarrhalis acuta oder lacunaris oder herpetica zeigt, weil sie selten den Larynx ergreift und nur ausnahmsweise Albuminurie nebst postdiphtheritischen Lähmungen erzeugt, wurde selbe bei vernachlässigter bacteriologischer Diagnose nicht erkannt; selbe ist aber deshalb nicht minder contagiös. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 3.) Als nothwendige Consequenz dieser Thatsachen ergiebt sich, dass im Allgemeinen die nackte Zahl der Diphtheritisfälle nicht abgenommen hat, dass die Grenzen der Diphtheritis nicht eingeengt, sondern blos verschoben sind. Wir verstehen ferner, warum eine klinisch unschuldig aussehende Angina membranacea wider Erwarten tödtlich endet, wogegen andere klinisch als schwere zu betrachtende Anginen unter den verschiedensten oft nur exspectativen Behandlungsmethoden heilen: im ersten Fall besteht Diphtheritis, im zweiten Falle nicht. Das seit lange bekannte Factum, dass eine dem „Auge" nach als einfach catarrhalisch zu bezeichnende Angina Veranlassung zu einer mörderischen Diphtheritisepidemie durch Infection giebt, erklärt sich ebenfalls sehr leicht: dieser primäre catarrhalisch aussehende Fall war echte Diphtheritis, welche bacteriologisch festzustellen gewesen wäre und welche strenge Isolirung des ersten Patienten geboten hätte. Es kann also ein dem erfahrensten Arzte unschuldig erscheinendes Halsleiden „dieselben bacteriologischen Symptome wie der schlimmste Croup zeigen" (um mich derselben Worte wie Professor Crocq, aber im entgegengesetzten Sinne zu bedienen); letzteres Factum will Professor Crocq aber nicht einleuchten.

Dass man den Diphtheritisbacillus auf gesunden Schleimhäuten finden kann, ohne dass derselbe an Ort und Stelle Diphtheritis hervorruft, wie Professor Crocq behauptet, ist Thatsache. Bewiesen ist aber auch, dass solche Träger von Diphtheritisbacillen andere vorher gesunde Menschen inficiren können. Der sich als practisch erwiesene Vorschlag, bei herrschender Diphtheritisepidemie sich Nase und Rachen mit antiseptischen bacterientödtenden Ingredienzien zu reinigen, findet so seine Erklärung. Es ist ebenfalls eine durch die Erfahrung erprobte Thatsache, dass reconvalescente Diphtheritiskranke noch lange Zeit den specifischen Bacillus in Nase und Rachen beherbergen, welcher Bacillus sich experimentell als ansteckend erweist; so erklären sich die nicht endigen wollenden Diphtheritisepidemien in Schulen. Mit Recht hat daher die Pariser Academie den Vorschlag gemacht, von Diphtheritis geheilte Kinder nicht wieder in die Schule aufzunehmen, bis bacteriologisch keine Bacillen mehr in ihren obersten Luftwegen zu entdecken seien. Dass eine vorher bestehende Schleimhauterkrankung absolut vorher bestehen muss, ehe der Diphtheritisbacillus als zufälliges Product sich entwickelt, ist erfahrungsgemäss nicht richtig. Eine solche Erkrankung muss nicht absoluter Weise das Primäre sein; wohl aber (und hier stimmt Jedermann mit Prof. Crocq überein) begünstigt ein kranker Schleimhautboden die diphtheritische Infection und die leichtere

Digitized by Google

Entwickelung des specifischen Bacillus. Auch so erklärt sich der längst als practisch bewährte Rathschlag, bei Cholera- und Diphtheritis-Epidemien alle Ursachen zu vermeiden, welche überhaupt Nasen-, Rachen-, Magen- und Darmschleimhaut krank machen können.

Dass also die diphtheritisch inficirten Schleimhäute die zahllosen klinischen Zwischenstufen von absoluter Integrität bis zur abscheulichsten Gangrän darbieten können, ist allgemein angenommene Thatsache; dass die an diesen Stellen angetroffenen Löffler'schen Diphtheritisbacillen nicht die Folge, sondern umgekehrt die Ursache dieser Veränderungen sind, ist ebenfalls wissenschaftlich bewiesen. Es steht ferner fest, dass andere Bacterien dieselben Störungen der Schleimhaut bewirken können, welch' letztere Störungen dann klinisch nicht von den diphtheritischen zu unterscheiden sind. Die wenigen oben citirten, aus einer unzähligen Reihe herausgegriffenen Beispiele beweisen, dass nicht nur die verschiedenartigsten Microben, sondern einfache chemische Substanzen, mechanische Insulte u. s. w. eben dieselben unzähligen Entzündungsformen der Schleimhäute hervorrufen können. Alle diese Entzündungsformen müssten also nach Professor Crocq den diphtheritischen Bacillus als „zufälliges" Product aufweisen, was aber gar nicht der Fall ist. Noch mehr, das physiologisch-bacteriologische Experiment beweist, dass der dieses „Nebenproduct" enthaltende Schleim durch Impfung regelmässig Diphtheritis erzeugt, während bei Fehlen dieses sogenannten „Nebenproductes" die Culturen nicht gelingen und die Impfung negativ ausfällt.

Wenn die bacteriologische Untersuchung als letzte Instanz zur Diagnose „Diphtheritis" hingestellt wird, so fällt keinem Kliniker ein, die bei Infectionskranken im Allgemeinen und bei der die Menschheit leider am meisten interessirenden Diphtheritis im Besonderen, es fällt keinem richtig denkenden Kliniker ein, die bisher sich als hilfreich bewährten klinischen Symptome über Bord zu werfen. Im Gegentheil, wir brauchen letztere mehr denn je; die bacteriologische Untersuchung selbst soll ein klinisches Symptom bilden, welches sich an die übrigen anschliesst, ebenso wie die microscopische und chemische Untersuchung des Harns, des Blutes, des Auswurfs so mancher Krankheit klinisches Bild vervollständigt; in ähnlicher Weise haben Percussion und Auscultation, Ophthalmoscop und Laryngoscop Diagnose und Behandlung der Respirations- und Augenkrankheiten zum Heile der Menschheit so glänzend reformirt. Und diese grossartige Reformation erstreckt sich heute auf die gesammte Medicin. Der Vorwurf des Unvollständigen und eventueller Irrthümer trifft dieselbe nicht mehr, wie er die gesammte Medicin von Hippokrates' Zeiten bis heute trifft. Dank dieser grossartigen Umwälzung beruhen Diagnose, Aetiologie, Symptomatologie nebst Therapie nicht mehr einzig und allein auf Combinationen und Schlüssen, welche sich im Gehirn des Diagnostikers abspielen und mithin den natürlichen Schwankungen und persönlichen Meinungen unterworfen sind; diese Combinationen und Schlüsse fussen jetzt endgiltig auf den exacten Wissenschaften, welche die Bacteriologie zusammensetzen, sie werden durch diese exacten Wissenschaften controlirt und zur unumstösslichen Wahrheit gestempelt. Aus diesem Grunde verdankt die Medicin den Repräsentanten der Physik, der

Digitized by Google

Chemie und der Naturwissenschaften, nicht den Medicinern, die Grundsteinlegung der bacteriologischen Wissenschaft, und die auf diese Fundamente von den Klinikern nachher aufgeführten Constructionen werden in Zukunft von diesen selbst verbessert und umgebaut, aber nie mehr umgestossen.

Diese wenigen kritischen Zeilen enthalten augenscheinlich nichts Neues. Das aus dem gegenseitigen Anprall der Ideen längst entstandene Licht soll nur abermals gezeigt werden: dass letzteres noch immer nothwendig ist, wird durch die Möglichkeit des oben erwähnten Brüsseler Vortrages dargethan. Letzterer Vortrag bestätigt die alte Thatsache, dass der ärztliche Stand noch mehr Vorurtheile besitzt, als man bei ihm erwarten sollte; bei ihm, der vermöge seiner Studien an der Leiche, als dem letzten Ende einer schönen Schöpfung, schon in der Jugend lernen musste, dass die geistige Forschung ihre ewigen Rechte hat und sich durch Voreingenommenheit nicht eindämmen lässt; bei einem Stande, dem doch alltäglich die secirte Leiche beweist, „dass alle vorgefassten Ideen vor dem Alles gleichmachenden Tode verschwinden und dass nur Eines bleibt: die Wahrheit, nach welcher allein die medicinische Wissenschaft ringen soll". Dr. P. K.

De re publica laryngologica. Von Dr. F. Semon. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. V, p. 1, 1896.)

Ein mit einer warmherzig empfundenen Ehrung Bernhard Fränkel's zu seinem 60. Geburtstage und 25. Docenten-Jubiläum beginnender Artikel, welcher des Weiteren eine Characterisirung der Eigenthümlichkeiten unserer internationalen laryngologischen Literatur rücksichtlich derjenigen ihrer Mutterländer giebt, sich ferner über internationale Benutzung der fachwissenschaftlichen Literatur verbreitet, dann Mahnungen enthält zu verständiger Literaturbenutzung überhaupt, mit Zurückweisung der, neuerer Zeit Mode gewordenen Massencitirung möglichst aller über einen Gegenstand erschienenen Arbeiten, Mahnungen auch an Egoisten, über deren Arbeiten kein Referent jemals zufriedenstellend zu referiren vermag, und schliesslich Warnung vor Isolirung unserer Specialität durch allzuviele laryngologische Specialgesellschaften. — Lehrreiche und beherzigenswerthe Worte des erfahrenen Autors, denen wir nur von ganzem Herzen tiefes und allgemeines Eindringen in die Herzen nicht nur unserer, sondern aller Vertreter von Specialfächern, ja aller literarisch thätigen Aerzte und Nichtärzte wünschen können. Beschorner.

Fall von nervöser Aphonie bei Tuberculose. (Sur un cas d'aphonie nerveuse chez une tuberculeuse.) Von Dr. Foix. (Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 37.)

Doppelseitige Adductorenlähmung bei einem 19jährigen tuberculösen Mädchen. Solche Lähmungen finden sich bei Tuberculösen ohne Larynxphthise; man muss dann eine Compression beider Recurrentes annehmen oder an die bei Tuberculösen so häufig vorkommende anatomisch-pathologisch nachgewiesene Neuritis oder endlich an Hysterie denken. Verf. nimmt Hysterie an. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber das Pulsiren des Laryngotrachealrohres bei Oesophaguskrebs. (Les pulsations laryngotrachéales dans le cancer de l'oesophage.) Von Dr. Castelino. (Septième Congrès de la société italienne de médecine interne, October 1896 und Semaine médicale 1896, No. 55.)

In zwei Fällen sass das Carcinom in der Höhe des zweiten Dorsalwirbels; bei beiden Kranken bestand ein Pulsiren des Laryngotrachealrohres, welches durch tiefes Inspirium nicht modificirt wurde. Offenbar hatte die bösartige Geschwulst Larynx und Trachea nach vorne bis an den Arcus aortae gedrückt, welcher Arcus ihnen die Pulsationen mittheilte. Im gegebenen Fall kann dieses Pulsiren als diagnostisches Symptom verwerthet werden. Dr. P. K.

Ein Blutegel mehr als 20 Tage im Larynx eines Mannes. (Un cas de sangsue ayant séjourné plus de vingt jours dans un larynx d'homme.) Von Dr. Moucharinski. (Vratsch und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 35.)

Brustschmerzen und Bluthusten. Lungen gesund. Das Laryngoscop zeigte einen Blutegel. Bepinselungen mittels concentrirter Kochsalzlösung halfen nicht. Während dem durch ein Emeticum hervorgerufenen Brechact kam der Blutegel zum Vorschein und wurde mittelst Zange hervorgeholt. Dr. P. K.

Notizen.

Prof. **O. Körner** in **Rostock** wurde zum Ordinarius honorarius befördert.

In Leipzig wurde im **St. Jacob-Spitale eine Ohrenklinik** errichtet, welche unter sämmtlichen bis jetzt bestehenden Ohrenkliniken die best dotirte sein dürfte. Die Klinik verfügt jetzt über 30 Betten, kann aber im Bedarfsfalle noch erweitert werden. Der Director Herr Prof. A. Barth bezieht 5000 Mark Gehalt, und es stehen ihm zwei Assistenten zur Seite, deren jeder 1200 Mark Gehalt hat. Ausserdem gehören noch zwei Famuli und ein vom Staate angestellter Diener zum Status. Für poliklinische Zwecke stehen dem Professor 2000 Mark jährlich zur Verfügung.

An der Pariser medicinischen Facultät erhielt Dr. **Castex** den Auftrag, über Laryngologie und Ohrenheilkunde gegen das jährliche Honorar von 3000 Francs zu lesen.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. N. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keiler** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. **Berlin, Mai 1897.** **No. 5.**

I. Originalien.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Jos. Gruber in Wien.

Bericht über die im Jahre 1896 an obiger Klinik behandelten klinischen und ambulatorischen Kranken.

Im Jahre 1896 erschienen im Ambulatorium der Klinik 6023 neue Kranke, und zwar 3691 Personen männlichen und 2332 Personen weiblichen Geschlechts. Ueber Alter und Geschlecht der Patienten giebt folgende Tabelle Aufschluss:

Alter	männlich	weiblich	Summa
bis zu 5 Jahren[1])	148	139	287
von 6—10 Jahren	251	289	540
„ 11—20 „	877	571	1448

[1]) Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass bei den localen Verhältnissen in Wien ohrenleidende Kinder auch in den Kinderspitälern behandelt werden.

Digitized by Google

Alter	männlich	weiblich	Summa
von 21—30 Jahren	914	597	1511
„ 31—40 „	663	332	995
„ 41—50 „	389	203	592
„ 51—60 „	221	131	352
„ 61—70 „	141	41	182
„ 71 Jahr. u. darüb.	87	19	106
Summa	3691	2332	6023

Die Diagnose der einzelnen Erkrankungsformen, nach Geschlecht und erkrankter Seite zusammengestellt, ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

Ohrmuschel.

Diagnose	Männer				Weiber			
	r.	l.	b.	Summa	r.	l.	b.	Summa
Difformitas	—	1	2	3	1	—	1	2
Eczema acutum	8	11	1	20	12	11	2	25
Eczema chronicum	—	1	3	4	1	—	2	3
Atheroma	1	2	—	3	—	1	—	1
Epithelioma	1	1	—	2	—	—	—	—
Angiofibroma	—	1	—	1	—	—	—	—
Lupus	—	1	—	1	—	—	—	—
Othaematoma	—	3	—	3	—	—	—	—
Perichondritis	2	1	—	3	—	1	—	1
Combustio	1	—	—	1	—	1	—	1
Congelatio	—	—	2	2	—	—	—	—
Summa	13	22	8	43	14	14	5	33

Aeusserer Gehörgang.

Diagnose	Männer				Weiber			
	r.	l.	b.	Sa.	r.	l.	b.	Sa.
Exostosis	1	—	2	3	—	—	1	1
Atresia	3	2	—	5	1	1	—	2
Accumulatio cerumins	109	123	261	493	45	60	137	242
Corpus alienum	18	21	2	41	13	11	1	25
Eczema acutum	9	5	4	18	7	2	3	12
Eczema chronicum	1	—	4	5	1	3	1	5
Otitis externa circumscripta	65	34	8	107	51	27	4	82
Otitis externa diffusa	25	19	5	49	16	20	8	44
Otitis externa hämorrhagica	6	4	2	12	5	7	1	13
Otitis externa parasitica (Otomycosis	6	8	—	14	2	3	—	5
Vulnus lacero-contusum	2	—	—	2	1	2	—	3
Pruritus	1	4	2	7	8	5	3	16
Summa	246	220	310	756	150	141	159	450

Digitized by Google

Trommelfell.

Diagnose	Männer				Weiber			
	r.	l.	b.	Summa	r.	l.	b.	Summa
Myringitis acuta . . .	5	12	—	17	3	7	—	10
Myringitis chronica . .	2	3	—	5	2	1	—	3
Ruptura traumatica . .	5	22	—	27	1	8	—	9
Summa	12	37	—	49	6	16	—	22

Mittelohr.

Diagnose	Männer				Weiber			
	r.	l.	b.	Sa.	r.	l.	b.	Sa.
Catarrhus acutus	138	117	176	431	79	50	122	251
Catarrhus chronicus	46	60	578	684	25	16	307	348
Otitis media plastica . . .	48	34	157	239	29	24	190	243
Otitis media suppurativa acuta	73	69	16	158	38	34	13	85
Otitis media suppurativa acuta cum perforatione	72	65	23	160	42	54	18	114
Otitis media suppurat. chronica	179	185	119	483	101	64	78	243
Otitis media suppurat. chronica cum Polypis	34	28	17	79	11	16	8	35
Otitis media suppurat. chronica cum Cholesteatomate . . .	4	7	—	11	2	5	—	7
Periostitis processus mastoidei	6	5	—	11	3	2	—	5
Ostitis processus mastoidei .	19	11	1	31	16	8	—	24
Hämatotympanum	2	—	—	2	—	—	—	—
Depositum calcareum in membr. tymp.	15	23	13	51	16	12	7	35
Perforatio sicca	36	25	19	80	21	18	11	50
Destructio membr. tymp. . .	30	17	20	67	27	14	10	51
Cicatrix membr. tymp. . . .	55	54	14	123	30	48	19	97
Summa	757	700	1153	2590	440	365	783	1588

Inneres Ohr und nervöse Störungen.

Diagnose	Männer				Weiber			
	r.	l.	b.	Sa.	r.	l.	b.	Sa.
Affectio labyrinthi	14	19	72	105	9	14	25	48
Otitis media plastica cum affectione labyrinthi.	6	9	17	32	4	7	19	30
Morbus Ménière'i.	2	1	—	3	1	1	—	2
Surdomutitas	—	—	31	31	—	—	27	27
Tinnitus aurium nervosus . .	4	6	3	13	7	10	5	22
Otalgia	12	13	5	30	23	12	15	50
Summa	38	48	128	214	44	44	91	179

Digitized by Google

Die Krankheit befiel demnach:

	Männer	Weiber
die Ohrmuschel	43	33
den äusseren Gehörgang	776	450
das Trommelfell	49	22
das Mittelohr	2590	1588
das innere Ohr	214	179
Summa	3672	2272
Sine diagnose[2])	19	60
	3691	2332
Totalsumme	6023	

Verzeichniss der Operationen,

welche an den im Jahre 1896 in Abgang gebrachten klinischen Kranken ausgeführt worden sind.

Operationen u. deren Veranlassung		Anzahl	Von den Operirten wurden			
			geheilt	gebessert	nicht geheilt	starben
Excochleation	Adenoide Vegetationen	4	4	—	—	—
Extraction .	Polypen	3	—	3	—	—
Incision . .	Angina phlegmonosa .	1	1	—	—	—
Incision . .	Otitis externa Periostitis	2	2	—	—	—
Paracentese .	Otitis media suppurativa acuta	2	2	—	—	—
Plastik . . .	Missbildung der Ohrmuschel	1	1	—	—	—
Tonsillotomie	Hypertrophische Tonsillen	1	1	—	—	—
Trepanation .	Affectionen d. Warzenfortsatzes	54	44	6	—	4
Trepanation .	Hirnabscess	1	—	—	—	1

Verzeichniss der Operationen,

welche an den im Jahre 1896 ambulatorisch behandelten Kranken ausgeführt worden sind.

Operationen und deren Veranlassung	Zahl
Exstirpation bei Atheroma auriculae	2
Abtragung bei Angiofibroma auriculae	1
Incision bei Othaematoma	1

[2]) Die sub „sine diagnosi“ verzeichneten Kranken wiesen keinerlei Störung Seitens des Gehörorgans auf und wurden wegen anderweitiger Erkrankungen anderen Kliniken zugewiesen.

Digitized by Google

Operationen und deren Veranlassung	Zahl
Incision bei Perichondritis auriculae	3
Incision bei Otitis externa circumscripta	94
Entfernung von Fremdkörpern mit Instrumenten . . .	13
Paracentese bei Catarrhus exsudativus	65
Paracentese bei Otitis media suppurativa acuta	143
Polypenextraction bei Otitis media suppurativa chronica .	114
Incision bei Periostitis processus mastoidei	7
Trepanation bei Ostitis processus mastoidei	26
Auskratzung adenoider Vegetationen	78
Tonsillotomie	47

(Fortsetzung folgt.)

Das Sarcom des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Nachtrag.

Von

Dr. **Hugo Bergeat**, München.

Meiner früheren Zusammenstellung (vergl. diese Zeitschrift 1895, No. 8 bis 12) habe ich einige nachträglich aufgefundene Fälle nachzusenden. Ausserdem haben einzelne Herren Collegen die grosse Güte gehabt, meiner im Texte enthaltenen Bitte um Mittheilung ihrer noch nicht veröffentlichten Beobachtungen nachzukommen. Da sich die Gelegenheit bietet, berichte ich gleichzeitig noch über die neuesten Fälle, von denen ich bis October 1896 Kenntniss erhalten habe. Endlich trage ich noch einige mir inzwischen bekannt gewordene Details über die früher besprochenen Fälle nach.

Die Eintheilung und Nummerirung der neuen Fälle führe ich im engen Anschlusse an die früheren Reihen durch.

I. Sarcom des Kehlkopfes.

a. primäre Fälle:

Brief.	86.—87. P. Heymann	Beobachtungen 1878 und 1885.
Ref.	88. Bull	Records of N.-Y. hospitals 1888.
Or.	89. Jurasz	Die Krankheiten der oberen Luftwege 1892, Fall 7.
Ref.	90. Dansac II	Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1893, April.
Ref.	91. Cisneros	Archivo internac. de rino-laringo-otologia 1893, April.
Or.	92. Pröbsting	I. Versammlung süddeutscher Laryngologen 1894.
Or.	93. Bliss	Medical Record 1894, 14./VII.
Or.	94. Thompson	Medical News 1895, 26./X.
Or.	95. Powers und White	N.-Y. Medical Record, 1895, 23./III.
Ref.	96. Chappell	Journal of Lar. 1895, I.

Digitized by Google

Or.	97. Grünwald	Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten, Taf. XXIV u. XXVII.
Notiz.	98. = 55? Hjort (II)	Citirt in der Liste von Powers und White.
Or.	99. (sec.?) Pieniaczek	Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1893, 36. Bd., Fall 4. S. u. IIa, 11.

c. unsichere Fälle:

Or.	18. Jurasz	L. c. Fall 16. Ohne microscopische Diagnose.
Ref.	19. Reintjes	Monatsschrift für Ohrenheilkunde, XXX, S. 23. (Microscopische Begutachtung verschieden lautend.)

II. Sarcom der Luftröhre.

a. primäre Fälle:

Or. und Brief.	8. Betz	Versamml. deutscher Naturforscher und Aerzte 1885 (damals als „Fibrom" bezeichnet.)
Or.	9. Labus	Archives of Laryngol. 1880, No. 3.
Or.	10. Jurasz	L. c.
Or.	11. (sec.?) Pieniaczek	Cfr. Ia, 97.
Brief.	12. Schech	Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre 1897.

b. secundäre Fälle durch Wucherung:

Or.	11. Weichselbaum	Schrötter, l. c.

c. unsichere Falle:

Notiz.	1. Fletcher Ingals (Jurasz, l. c., findet vollkommene Aehnlichkeit zwischen seinem Falle, IIa 10, und diesem, microscopisch nicht untersuchten.)	Annales des maladies de l'oreille et du lar. 1884.

Lymphsarcom

der Luftröhre:

Schrötter, l. c. S. 150 (secundär).

Abbildungen.

Kehlkopfbilder und macroscopische Ansichten:

Schwarz.	Eppinger Ib β 11	Schrötter, l. c., Fig. 41.
„	Schrötter IIa 1	Ibid., Fig. 49 und 52.
„	Derselbe IIa 2	Ibid., erstere der mit No. 53 bezeichneten Figuren.
„	Thompson	Abbildung des excidirten Kehlkopfes.
Farbig.	Grünwald	L. c., Tafel XXIV, Fig. 2 und 3 (bei der Nummerirung ist eine Verwechselung vorgekommen.)

Digitized by Google

Microscopische Ansichten:

Farbig.	Pröbsting	Seifert und Kahn, Atlas der Histopathologie etc., Tafel XXXVII, Fig. 73.
„	Grünwald	L. c., Tafel XXXVII, Fig. 1 u. 2.
Schwarz.	Weichselbaum	L. c., Fig. 42.

Das Präparat vom Falle Betz befindet sich im Senkenberg'schen Institute in Frankfurt a. M.

Es ist derzeit nicht möglich, festzustellen, ob das Sarcom Pieniaczek's im Kehlkopfe oder in der Luftröhre seinen primären Sitz hatte; für's Erstere spricht die Ungewöhnlichkeit eines centrifugalen Fortschreitens, für's Letztere die bedeutendere Grösse der Massen in der Luftröhre und vielleicht auch die Benignität, welche die primären Luftröhren, aber nicht die Kehlkopfsarcome auszeichnet. — Ob der Fall No. 98 ein neuer oder nur ein Recidiv des früheren Falles Hjort Ia 55 ist, kann ich nicht entscheiden. — Im Lehrbuche von Jurasz findet sich je ein Fall von Kehlkopfsarcom und von Lymphosarcom, die mit dem Falle Ia 58 (Bessel-Hagen) bezw. mit dem Jurasz-Czerny'schen Lymphosarcome identisch sind. — Irrthümlich ist von einem Fibrosarcoma tracheae Masini's und einem Sarcoma subglotticum Scheier's berichtet worden.

Geschlecht, Alter, Stand.

I. a.	Heymann	M	—	65—70	Kaufmann.
		—	W	32	—
	Bull	—	W	43	—
	Jurasz	M	—	45	Kaufmann.
	Pröbsting	—	W	52	—
	Cisneros	—	W	43	—
	Bliss	M	—	55	Arbeiter.
	Thompson	M	—	35	—
	Powers und White	—	W	43	—
	Chappell	—	W	32	—
	Grünwald	M	—	58	—
	Hjort	M	—	62	—
	Pieniaczek	M	—	—	—
I. c.	Reintjes	M	—	10	—
II. a.	Labus	M	—	13	—
	Betz	—	W	34	—
	Jurasz	M	—	37	—
	Pieniaczek	M	—	—	—
	Schech	—	W	47	—

Digitized by Google

Das Verhältniss der Häufigkeit verschiebt sich einigermaassen durch die zahlreichen Fälle bei Frauen. Unter nunmehr 24 Frauen befindet sich noch immer keine, welche jenseits der ersten fünfziger Jahre steht und auch keine zwischen 23 und 30 Jahren. Es wäre doch möglich, dass die Frauen in gewissem Alter von Sarcom an gewissen Regionen verschont bleiben, und ich möchte nicht unterlassen, an die von Pröbsting beobachtete Spontanheilung eines Rachensarcoms bei einer 54jährigen Frau anzuknüpfen (III. Versamml. süddeutsch. Laryngologen).

Microscopischer Befund.

I. a.	Heymann 86	Kleinzelliges Rundzellensarcom.
	87	Bei der ersten Operation zellenreiches Fibrom, später sehr bedeutende Vermehrung der Spindelzellen.
	Bull	Kleine Rundzellen.
	Jurasz	Kleinzelliges Sarcom.
	Dansac II	Papilläres Sarcom (Ia 70 war als fasciculäres bezeichnet).
	Cisneros	Spindelzellen.
	Pröbsting	Reichliche langgestreckte Spindelzellen, ähnlich angeordnet wie beim Alveolarsarcom (nach Seifert und Kahn).
	Bliss	Kleine Rundzellen.
	Grünwald	Alveolarsarcom.
	Pieniaczek	Kleinzelliges Sarcom.
II. a.	Labus	Fibrosarcom.
	Betz	Fibrosarcom.
	Jurasz	Angiosarcom.
	Pieniaczek	Kleinzelliges Sarcom.
	Schech	Fibrosarcom.

Es bleibt das früher angegebene Verhältniss demnach im Allgemeinen unverändert, nur dass in der Luftröhre die Fibrosarcome noch viel entschiedener die grösste Häufigkeit bekommen.

Bezüglich der microscopischen Diagnose ist anzugeben, dass Heymann erst am Recidive zur Diagnose von Sarcom gelangte, dass Thompson, sowie Powers und White erst während der Operation die definitive Diagnose an Geschwulststücken aus dem Sinus Morgagni stellen konnten und dass die Letztgenannten vorher nur entzündliches Gewebe hatten erkennen können, dass endlich Betz nach Untersuchung eines Stückchens vom Stiele der Geschwulst ursprünglich ein Fibrom diagnosticirt hatte. Chiari-Maydl haben ihre Diagnose an einem ausgehusteten Partikel gestellt.

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anheftung	Umgebung
Heymann 86	links.	Taschenband und Plica aryepiglottica; auf die Epiglottis und deren Falten übergehend.		starr; gelb.		knollig.	Infiltration.	
87	links.	ganz dicht unter d. freien Rande d. Stimmbandes, etwas hinter der Mitte.			wie eine halbe Linse.		breitbasig.	
Recidiv		an gleicher Stelle.						
Bull	links.	Stimm- u. Taschenband.						
Jurasz	links.	ganze linke Kehlkopfhälfte, besond. Stimm- und Taschenband.	einige harte Drüsen.		ziemlich gross.	höckerig.	Infiltration.	
Cisneros	links.	Stimm- u. Taschenband.						
Pröbsting	links.	laryngoscopisch scheinbar an der unteren Seite des Taschenbandes; bei der Operation breit im Grunde des Sinus Morgagni.	keine Drüsenschwellung.	nicht auffäll. hart. Bräunlich-roth, wenig Blutgefässe; auf d. Schnittfl. gelb wie Fettgewebe.	kirschengross.	glatt mit 2 Höckerchen; wird binnen 2 Woch. ödemat.	breitbasig.	
Bliss	vorne?	Epiglottis eine fungöse Masse; r. Aryknorpel ödematös. Aeusserl. Schwellung unterhalb des Schildknorpels.	sehr frühe Schwellung der submaxillären Lymphdrüsen.		ganzer Kehlkopf bis zu den Aryknorpeln bedeckt.	fungös.		keine Laryngitis.

Digitized by Google

	Sitz		Metastasen	Consistenz, Farbe	Grösse	Form	Anheftung	Umgebung
Thompson	seitlich.	ganzer Kehlkopf ausser der Epiglottis und dem linken Aryknorpel.	keine Drüsenschwellung.	hellroth.		grossgelappt.		
Powers und White	links.	Ventrikel und Taschenband.		Schleimhaut links hochroth.			infiltrirt.	l. Stimmband degenerirt; rechts normale Schleimhaut.
Chappell	vor der Epiglott.			weich wie eine Cyste; weiss.	hühnereigross.	rund.	langgestielt.	
Grünwald	links.	Arygegend und Taschenband. An der pharyngealen Larynxfläche eine graugrüne Ulceration.	keine Drüsenschwellung.	graugelb, ödematös; später nur fleischfarb.			Infiltration.	Mechan. Dislocation der Stimmbänder; Cyanose des r. Taschenbandes.
Pieniaczek		zahlreiche Knoten an und unter der Glottis (s. unten).					papillomatös.	
I. c. Jurasz		s. den Originalbericht von Jurasz.						

Digitized by Google

Reintjes	rechts.	Aryepiglottische Falte.	keine Drüsenschwellung.	weich, dunkelroth.	nimmt d. ganzen unteren Rachentheil ein.	2 grosse Lappen.	kleine Basis.	
II. a. Labus		am 3. Trachealring.			erbsengross.			
Betz	Bifurcationssporn.	an der linken Seite des Bifurcationsspornes; war bei der Section mit d. kleineren Theile im linken, mit dem grösseren im rechten Bronchus.			5cm lang.			
Jurasz	hinten.	am obersten Theile der hinteren Wand, nach oben bis zum Ringknorpel reichend.	keine Drüsenschwellung.	fleischroth.	kleinkirschengross.	halbkugelig, himbeerähnlich wie ein Papillom	breitbasig.	Verdick. des Perichondriums d. oberst. Trachealringe.
Recidiv		gleiche Stelle.						
Pieniaczek	hinten.	s. o. Ein Paquet Papillome sitzt tief unten an der hinteren Luftröhrenwand.			Lumen der Luftröhre bedeutend verengt.	papillomatös.		
Schech	hinten.	zwischen 2. u. 4. Knorpel an der Hinterwand.		roth.	kleinkirschengross.		etwas beweglich im Luftstrome.	

Digitized by Google

Nachtrag zu den Fällen von Paul:

I. a. 78 zeigt 15 Monate nach der Operation Papillome im Kehlkopfe;
II. b. 8 hat seit 1 Jahr fast keine Vergrösserung der Geschwulst erfahren.

Die gelbe Farbe ist auch von Heymann an No. 86 bemerkt worden.

Betreffs der Form ist hervorzuheben die fungöse Entstellung der Epiglottis (Bliss) und das Auftreten multipler papillomatöser Knoten in Kehlkopf und Luftröhre (Pieniaczek).

Frühzeitige Lymphdrüsenschwellung erwähnt Bliss, Geschwürsbildung schon nach $^1/_2$ Jahre Grünwald (auch v. Bergmann's Alveolarsarcom war durch die frühzeitige Geschwürsbildung ausgezeichnet).

Nach den neuen Daten localisiren sich die verschiedenen Sarcomformen nicht so ausschliesslich auf bestimmten Regionen:

Das Sarcom Pröbsting's im Grunde des Sinus Morgagni zeigt Spindelzellen bei einigermaassen alveolärem Bau, jenes von Bliss an der Epiglottis Rundzellen.

		Zeit und Art der ersten Erscheinungen.	Sonstige Erscheinungen.
I. a.	Heymann 86	über 2 Jahre Heiserkeit und zeitweise leichte Schluckbeschwerden.	Athemnoth, sehr bedeutende Schluckschmerz., schliesslich spontane Schmerzen.
	87	nur Heiserkeit.	
	Bull	seit einigen Monat. heiser.	
	Jurasz	seit 1 Jahr Aphonie und Athembeschwerden.	
	Pröbsting	während eines Jahres steigende Heiserkeit.	nach $^3/_4$ Jahr etwas Athembeengung und zeitweise Schmerzen im Kehlkopfe. Kein Husten od. Auswurf.
	Bliss	s. $1^1/_2$ J. Gefühl v. Schwell. im Halse und Heiserkeit.	nach $^1/_2$ Jahr Inspirationsbeschwerden.
	Thompson	sehr starker Raucher. Vor $^1/_2$ Jahr kratzendes Gefühl im Halse, dann Heiserkeit und Dyspnoe.	2 Monate später Dysphagie, Husten, Schmerz in der Nachtluft; Schleimauswurf und zeitweise Blutungen.
	Powers und White	seit mehreren Mon. heiser.	
	Chappell	seit $1^1/_2$ J. Schlingbeschw.	
	Grünwald	seit $1^1/_2$ J. halsleidend; viel Reizhust., Erstickungsanf.	
I. c.	Reintjes	Gesichtsschwell. vor $^1/_2$ J., welche sich i. 3 Mon. verlor; seit 4 Mon. Athembeschw.	seit ganz Kurzem Schlingbeschwerden.
II. a.	Betz	seit mehreren Monaten Dyspnoe inmitten vollkommen freier Athmung gerade wie bei Asthma.	
	Jurasz	seit 2 J. Athmungsbeschw.	keine Druckempfindlichkeit.
	Pieniaczek	Heiserkeit und Athmungsbeschwerden.	
	Schech	$^3/_4$ Jahr vor d. 1. Untersuch. Schilddrüsenabscess.	

Digitized by Google

	Art der Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
I. a. Heymann 86	Auslöffelung während mehrerer Monate (v. Bruns), später nicht mehr regulär behandelt.		3 Jahre.	gestorben.
87	Endolaryngeale Exstirpation. Guillotine und Chromsäure.	nach 8 Monaten etwas grösser nachgewachs.		nach einigen Jahren an Pneumonie gestorben.
Bull	halbseitige Laryngectomie.			nach 4 Jahren kein Recidiv.
Jurasz	wegen schlechten Ernährungszustandes unterblieb die Larynxexcision. Endolaryngeale Galvanocaustik während längerer Zeit.			Resultat verhältnissmässig gut. Tod nach 4 Monaten an Pneumonie.
Cisneros	halbseitige Laryngectomie.			Tod nach 3 Tagen an einem Trunke Wasser.
Pröbsting	kalte Schlinge. 5 Wochen später Exstirpation der grösseren Hälfte der linken Schildknorpelplatte.		bis zur Operation 1 Jahr.	nach $^1{}_2$ Jahr geheilt mit heiserer Stimme.
Bliss	Tracheotomie (Radicaloperation verweigert).		$2^1/_2$ Jahre.	Tod an Erschöpfung.
Thompson	Endolaryngeal. Laryngectomie mit Schonung der Cricoidea.	in 10 Tagen zur früher. Grösse nachgewachs.	$^1/_2$ Jahr bis zur Behandlung.	Bericht sehr bald nach der Operation.

Digitized by Google

	Art der Operation.	Recidive.	Dauer.	letzter Bericht.
Powers u. White	halbseitige Laryngectomie.		mehrere Monate bis zur Behandlung.	Heilung noch nach vier Jahren.
Chappell	Punction mit sehr schwerer Hämorrhagie. Tracheotomie und heisse Schlinge.			Heilung.
Grünwald	Tracheotomie.			
Hjort	Totale Laryngectomie.			
Pieniaczek	s. u.			
I. c. Reintjes	Versuch einer endolaryngealen Operation. Pharyngotomia subhyoidea und galv. Schlinge.			Heilung nach 5 Monaten.
II. a. Labus	Endolaryngeal mit der Pincette.			
Betz			mehrere Monate.	erstickt vor der 2. Untersuchung.
Jurasz	Cricotracheotomie, Auskratzung, Thermocauter.	nach 2 Jahren über ein ganz langsam wachsendes Recidiv berichtet.	gestorben 5 Jahre nach Beginn des Leidens.	Tod 3 Jahre nach der Operation an Phthise.
Pieniaczek	Laryngofissur mit Excochleation und Thermocauter (Mikulicz).			nach 7 Jahren geheilt, mit narbiger Glottisverengerung.
Schech	Kalte Schlinge und Nachholen der Reste mit der Curette.			Heilung.

Digitized by Google

Bemerkenswerth ist, dass die endolaryngeale Operation und die Laryngofissur, beide von gründlicher Nachätzung gefolgt, je einen (Heymann, Pieniaczek), die halbseitige Exstirpation zwei (Bull, Powers und White) dauernde Erfolge erzielt haben könnten. Es ist bedauerlich, dass der Fall Ia 89 schon nach vier Monaten durch intercurrente Krankheit endete, da er den Erfolg einer energischen Galvanocaustik hätte darthun können; im Falle IIa 10, ebenfalls von Jurasz, kam es trotz ganz energischer Behandlung zum Recidive eines Luftröhrensarcomes. Bliss und Betz wissen von ungewöhnlich raschem Verlaufe eines Kehlkopf- und eines Luftröhrensarcomes zu berichten.

Auch nach erneutem Studium der Frage muss ich es ablehnen, eine engere Abgrenzung des Gebietes der einzelnen Operationen schon jetzt vorzunehmen; es sind die schliesslichen Resultate bei anscheinend gleichartigen Fällen und Operationen häufig gar zu verschieden. Ich halte es gegenwärtig noch für das Beste, wenn der Operateur sein Vorgehen nach den Resultaten in den bisher beobachteten ähnlichsten Fällen einrichtet. Ich spreche ausdrücklich im Plural von Fällen; es könnte nämlich bei Aufsuchung eines einzigen Analogons vorkommen, dass nur dass günstige Resultat, z. B. von Navratil, Scheinmann, Schrötter, beachtet, das ungünstige dagegen, von Fauvel 214, Bessel-Hagen und Küster, Arnaud-Moure, übersehen würde.

Es erübrigt noch zu bemerken, dass zweifellos eine Reihe von Kehlkopfsarcomen unter den Carcinomen figurirt und bei ihrer anscheinend geringeren Malignität die Statistik der Carcinome verbessert. Man wird hierüber klar werden, wenn man bedenkt, dass ein Sarcomfall auf 15—25 Carcinome trifft und dass fast alle Carcinomstatistiken des Kehlkopfes eine grosse Anzahl nicht mit dem Microscope festgestellter Fälle enthalten. Es braucht nicht weiter auseinander gesetzt zu werden, dass durch solche Ignorirung des Unterschiedes hauptsächlich die laryngoscopische Differenzialdiagnose leidet, indem höchst wahrscheinlich Formen des Carcinomes geschildert werden, welche nichts anderes als die Formen von verkannten Sarcomen sind.

Zusatz. Es gelangt noch die jüngst erschienene Schrift von Sendziak „Die bösartigen Geschwülste des Kehlkopfes und ihre Radicalbehandlung“ in meine Hände und ich vermag meine Listen daher durch folgende Fälle zu bereichern:

I. a. 100. Krajewski. Briefliche Mittheilung. 36jährige Frau. An der Epiglottis drei Knötchen bis zu Haselnussgrösse. Exstirpation der Epiglottis mittelst Pharyngotomia subhyoidea. Gesund nach zwei Monaten.

101. Kosinski. Gaz. lek. 1894, veröffentlicht durch Kijewski. Mann, 50jährig. Infiltrirter und ulcerirter Tumor an den wahren und falschen Stimmbändern. Laryngofissur. Gesund nach einem Monat.

102. Thorner. Briefliche Mittheilung. 40jährige Frau. Subglottisches Spindelzellensarkom. Drüsen nicht afficirt. Laryngofissur. Ohne Recidiv. Tod an Nephritis nach $2\frac{1}{2}$ Jahren.

103. Cheatham, erwähnt S. 198.

Digitized by Google

Ausserdem erwähnt Sendziak drei secundäre metastatische Kehlkopfsarcome, nämlich von Hermann, Lennox Browne und Rollier mit primärem Sitz in Leber, Lunge und Hirn. Es ist mir nicht möglich gewesen, die Originalmittheilungen ausfindig zu machen.

Der Fall Mikulicz entspricht meiner Nummer Ia 99, der eine Fall Kosinski der Nummer Ia 81. Bezüglich der drei Operationen Küster's bei Sendziak möchte ich bemerken, dass dieselben nicht zwei, sondern nur einen Patienten betreffen, der laut meiner früheren Aufstellung zuerst endolaryngeal, dann mittelst Thyrotomie und schliesslich mittelst halbseitiger Laryngectomie operirt worden ist; von einer Entfernung der ursprünglich zurückgelassenen zweiten Kehlkopfhälfte nach zwei Monaten spricht zwar Kraus in seiner Tabelle, nicht aber Küster in seinem eigenen Berichte auf dem XIII. Chirurgencongresse drei Jahre nach Heilung des Patienten.

Ueber Autoscopie.

Von

Dr. **V. Saxtorph Stein,**

Assistenzarzt der Kopenhagener Poliklinik für Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten.

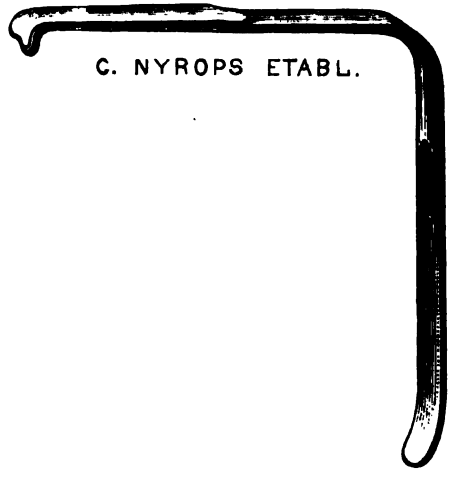
Als ich ein ganz junger Mediciner war, hörte ich einmal von einem meiner Lehrer, dem Professor Reisz, Oberarzt des Königl. Frederiks-Hospitals in Kopenhagen, den Ausspruch, dass er lieber einen Candidaten haben wollte, welcher ein gutes Verständniss in den verschiedenen klinischen Untersuchungen hat, als einen, der voll von mehr oder minder überflüssigen theoretischen Kenntnissen ist.

Diesen Ausspruch behielt ich im Gedächtniss, und ohne gerade die Theorie zu versäumen, hatte ich stets ein reges Interesse für die klinischen Untersuchungsmethoden.

Darum war der Autoscopie, wo dieselbe in Anwendung kam, von meiner Seite ein guter Empfang sicher. Es war im Herbst 1895, wo ich zum ersten Mal etwas über Autoscopie las, und nachdem ich die etwas sparsame Literatur betreffend dieser neuen Untersuchungsmethode durchgelesen hatte, schritt ich zur practischen Probe derselben. Die Autoscopie war damals zu dem Standpunkt gelangt, wo dieselbe sich von der von der Oesophagoscopie geliehenen weitläufigen und wenig zusprechenden Technik frei gemacht hat und dieselbe anfing, einer gewöhnlichen Pharyngoscopie zu ähneln, aber sie war mit Rücksicht auf die Nothwendigkeit einer besonderen Electricitätsquelle etwas unpractisch. Mit dem von Kirstein angegebenen Autoscop machte ich meine ersten Versuche mit zufriedenstellendem Resultate, verliess es jedoch bald wieder, um denselben Weg einzuschlagen, dem Kirstein später auch folgte, indem ich das Autoscop mit der Zungenspatel wechselte, und genügte mir das reflectirte Licht meines Stirnspiegels. Die Zungenspatel, die ich mir anfertigen liess, bestand aus einem 2 cm breiten und 2 mm dicken Stahlstreifen, welcher seiner Länge nach in einen rechten Winkel gebogen wurde, so dass jedes der beiden Enden

Digitized by Google

14 cm lang wurde. Der Winkel wurde mit einem angenieteten Stück verstärkt. Das eine Ende wurde in seinem äussersten $^2/_3$-Theil wie Kirstein's prälaryngeale Spatel ausgeführt; der zweite Theil dagegen wurde sehr exact abgerundet und in seinem äussersten Theile ein wenig gebogen.



Dieses Instrument, welches leichter zu reinigen ist als Kirstein's Spatel, gut in der Hand liegt, sowohl als prä- wie auch als intralaryngeale Spatel und als gewöhnlicher Zungendepressor dient, kann von jedem Instrumentenmacher leicht hergestellt werden und ist bedeutend billiger als das Autoscop. Damit habe ich ca. 150 Autoscopien ausgeführt, welche die Grundlage für diese Abhandlung bilden, und ich habe niemals mehrere verschieden gebogene Spateln gebraucht, wie Kirstein sie empfiehlt.

Die Technik des Autoscopirens kann ich vielleicht übergehen, da dieselbe aus Kirstein's Berichten wohl genügend bekannt sein dürfte, um gleich mit den von mir erreichten Resultaten zu beginnen.

Der glückliche Ausfall der Autoscopie hängt theils von der Irritabilität des Patienten ab, theils von der Möglichkeit, seine Zungenwurzel nach unten und vorne zu drücken, was wieder von der Strammheit ihrer Befestigung abhängig ist. Der erste Factor lässt sich durch Uebung von Seite des Arztes und des Patienten oder durch Cocain beseitigen; der zweite ist nicht zu überwinden, da man die Elasticitätsgrenze der Gewebe nicht überschreiten kann. Wird dies versucht, so kommen die Fälle vor, wo die Untersuchungen für den Patienten eine grosse Qual sind, und wo man trotz alledem doch nicht mehr zu sehen bekommt, als wenn man langsam und ruhig vorgeht. Die Reflexirritabilität ist in ca. der Hälfte meiner Fälle gleich Null oder doch sehr gering gewesen. In ca. $^1/_4$ Theil ist starker Husten oder Reiz zum Erbrechen eingetreten, was jedoch nur einmal zu wirklichem Erbrechen führte, die Untersuchung aber trotzdem sehr erschwerte, so

Digitized by Google

dass ich weniger zu sehen bekommen habe, als was die anatomischen Verhältnisse mir vielleicht sonst gestattet hätten. Die Schuld für diese starken Reflexe dürfte wohl nicht allein bei mir zu suchen sein, resp. auf mangelhafter Uebung beruhen, denn ich finde es in meinen Verzeichnissen während meiner ganzen Untersuchungszeit gleich stark repräsentirt. Betreffend der Ausfälle der Autoscopie habe ich in ca. 74 pCt. der Untersuchungen die Cartilagines arytaenoideae, hintere Larynxwand, und ein grösseres oder kleineres Stück des Stimmbandes gesehen; bei ca. 17 pCt. habe ich nur die Spitze der Cartilagines arytaenoideae gesehen, bei den übrigen nur die Epiglottis, ja in einem Falle nicht einmal das; hier war auch eine gewöhnliche Laryngoscopie sehr beschwerlich. Ich habe jedoch ebenso wie Ephraim[1]) einen Patienten gesehen, welcher für die Autoscopie weniger empfindlich war als für die Laryngoscopie.

Ich muss hinzusetzen, dass ich nur bei zwei Untersuchungen zur Commissura anterior nach vorn gelangt bin. Diese Resultate sind etwas schlechter ausgefallen als die von E. Meyer in der Allgemeinen med. Centralzeitung No. 100 vom Jahre 1895 angegebenen, indem er bei 80 pCt. ein grösseres oder kleineres Stück des Larynxinnern gesehen hat, ja sogar bei $^1/_{12}$ der Untersuchten die Commissura anterior sah. Dies dürfte vielleicht auf folgende Momente beruhen:

Meine Untersuchungen sind in der Abtheilung der Kopenhagener Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten angestellt, deren Chef Dr. Schmiegelow mir bereitwillig das sehr reiche Material zur Disposition stellte. Ich habe Patienten im Alter von 9—71 Jahren beiderlei Geschlechtes untersucht; ausserdem habe ich Patienten sowohl mit, als auch ohne Halskrankheiten in Untersuchung genommen und niemals Cocain zur Anästhesirung in Anwendung gebracht oder die Patienten eingeübt. Die angeführten Resultate sind solche, welche bei der ersten Untersuchung aufgezeichnet wurden, wenn auch die spätere Wiederholung der Autoscopie bei denselben Patienten bessere Resultate ergab. Endlich muss ich speciell bemerken, dass ich niemals Gewalt angewendet habe und meine Patienten die Untersuchung nie als grosse Qual gefühlt haben; sie haben höchstens über etwas Uebelkeit oder über Erstickungsgefühle geklagt, was sie jedoch bald dementirten dadurch, dass sie auf Commando tief inspirirten, so dass die weit geöffnete Glottis die ganze hintere Larynxwand für das Auge freilegte.

Ob meine dänischen Patienten im Allgemeinen weniger autoscopirbar sind als die südlichere Bevölkerung, kann ich nicht sagen. Es ist wohl auch nicht unmöglich, dass sich in dieser Beziehung ethnographische Verschiedenheiten nachweisen lassen. Ich habe keine nennenswerthen Unterschiede in Bezug auf die Resultate für Männer, Frauen oder Kinder constatiren können; ich habe speciell nicht gefunden, dass die Frauen leichter zu autoscopiren sind als die Männer; vielleicht bieten ihre Zungen weniger Strammheit in der Verbindung. Dagegen aber däucht es mir, dass ihre Reflexirritabilität grösser ist, so dass das Eine das Andere compensirt. Ebensowenig habe ich gefunden, dass die Patienten mit normalen oder relativ normalen Halsorganen leichter

[1]) Monatsschr. für Ohrenheilkunde 1896, Seite 62.

Digitized by Google

zu autoscopiren waren als Patienten mit Pharyngitis und Laryngitis von verschiedener Art. Hiermit schliesse ich diesen Bericht, welcher keinesfalls als Lösung der Frage über die Autoscopie gelten, sondern nur einen kleinen Beitrag bilden soll zur Feststellung der Autoscopirbarkeit bei einer anderen Bevölkerung, als die dem Erfinder Kirstein mehr zugänglichen.

(Aus der Ohrenabtheilung der chirurg. Universitätspoliklinik München.)
Vorst.: Doz. Dr. Haug.

Eine neue Methode der Vibrationsmassage der Nase.

Von
Dr. **Ludwig Jaskau.**

In seinem neuesten Werke[1]) über Massage spricht der auf diesem Gebiete an der Spitze stehende Anton Bum von der „eigenthümlichen Stellung, welche Massage und Heilgymnastik in der Wissenschaft, in der Schule, sowie in der Praxis einnehmen. Von der ersteren kaum gewürdigt, von der Schule ignorirt, begegnet die Mechanotherapie bei Aerzten und im Publikum einerseits begeistertem Enthusiasmus, andererseits ausgesprochenem Misstrauen.“ Diese Erscheinung dürfte nirgends deutlicher zu Tage treten, als auf dem Specialgebiete der Ohren-, Nasen-, Rachen- und Halskrankheiten, obgleich sich hier nicht „Laien zu kritik- und masslosen Interpreten dieser Disciplin aufwerfen“.

Laker[2]) war der Erste, welcher mit grosser Begeisterung die Vibrationsmassage zur Heilung chronischer Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Ohrs und des Kehlkopfes in einer Monographie den Aerzten empfahl. An Zweiflern an dieser Methode hat es nicht gefehlt, und unsere ersten Autoritäten besonders wollten sich nicht sehr für diese Therapie begeistern. Andererseits sind Autoren wie Moritz Schmidt[3]) warm für die Vibrationsmassage der oberen Luftwege eingetreten. — Die vielen Publicationen[4]) genau beobachteter Fälle machen es heute jedem Specialisten auf betreffenden Gebieten zur Pflicht, die Vibrationsmassage anzuwenden.

Wir wollen hier nur von der Vibrationsmassage der inneren Nase sprechen und zwar mittelst neuer Methode. Bekanntlich wird die Vibrationsmassage der Nase, wie sie von Kellgren angegeben, besonders von Braun und Laker weiter ausgebildet wurde, mit der mit Watte armirten Sonde ausgeführt. Laker[5]) selbst sagt von dieser Methode: „Die Erlernung der nöthigen technischen Fertigkeit ist eine

---

[1]) Anton Bum: Handbuch der Massage und Heilgymnastik, Wien 1896.
[2]) Carl Laker: Die Heilerfolge der inneren Schleimhautmassage. II. Aufl. Graz 1892.
[3]) Mor. Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege, Berlin 1894, pag. 195.
[4]) Bum, l. c. pag. 417.
[5]) Bum, l. c. pag. 145.

Digitized by Google

ziemlich schwierige: sie erfordert viel Uebung und eine leichte Hand.“ Das sind Bedingungen, die sogar manchen Arzt von der Anwendung der Massage würden Abstand nehmen lassen. Nicht jeder ist eben geeignet, diese grosse Fertigkeit, die unbedingt erforderlich ist, trotz besten Willens sich anzueignen. Wir sind hier in derselben Lage, wie bei der Lucae'schen Drucksonde. Auch diese kann in einer „leichten Hand“ sehr viel in manchen Fällen chronischer Mittelohrerkrankungen Nutzen bringen; doch nur Wenige können diese Fertigkeit erreichen.

Hierin ist die von mir anzugebende Methode im Vortheil. Derartige handliche Fertigkeiten sind nicht nothwendig.

Ich benutze zur Vibrationsmassage der Nase kleine Gummiballons, welche in verschiedener Grösse, je nach Raumverhältnisse, in die Nasenhöhle eingeführt werden. Ein 10—15 cm langer Schlauch ist an dem Ballonchen angebracht und am Ende dieses Schlauches befindet sich eine Erweiterung, wie bei einem Ohrkatheter, in welches wieder das Katheter-Ansatzstück des von mir angegebenen Doppelmassageballons[6]) passt.

Nach der Einführung des kleinen Ballons in die Nase bringt man den Katheteransatz auf den Nasenballonschlauch und führt nun mit der Hand oder, was geeigneter ist, mit dem Motor — ich benutze einen Electromotor, der auch zu meiner Doppelmassage des Ohres dient — die Vibrationsmassage zwei Minuten lang aus. Mittelst des Kugelballons, wie ihn mein „Doppelmassageballon“ besitzt, ist man im Stande, die Stärke und die Zahl der Vibrationen mit der Hand zu reguliren: um so leichter natürlich mit dem Electromotor. Zur Fassung des Kugelballons habe ich eine bei Reiniger, Gebbert und Schall, Erlangen, hergestellte Vorrichtung, welche die feinsten Variationen in der Stärke und Zahl der Vibrationen zulässt. Damit der eingeführte Massageballon an der richtigen Stelle verbleibt, lässt man den Patienten alsdann den Nasenflügel leicht gegen das Septum drücken.

Es ist sofort einleuchtend, dass diese Art der Massage, wo eine elastische Gummifläche auf die erkrankte Schleimhaut einwirkt, ausserordentlich schonend ist, und gerade diese schonende Massage ist gewiss ein grosser Factor in der Heilwirkung. Ja selbst bei dem Ungeübten bleibt die Massage stets eine schonende, da er auch in dem Falle, dass er etwas stärker auf den Kugelballon drückt, als es die Vibrationsmassage der Schleimhaut erfordert, keine Schmerzen oder Blutung dem Patienten verursacht. Wir wissen, dass unregelmässig, besonders zu heftig ausgeführte Bewegungen bei der Sondenmassage dem Patienten starke Schmerzen verursachen, abgesehen von den Blutungen, die dadurch, und selbst bei einer technisch vollkommen ausgeführten Sondenmassage entstehen können: Punkte, welche den Patienten leicht vor einer Weiterbehandlung abschrecken.

Wer die Massagebehandlung mittelst Ballon einige Male ausgeführt hat, wird sich dann bald jene Technik erwerben, welche zur exacten Ausführung einer Vibrationsmassage immerhin nothwendig ist. Mit dieser mehr oder weniger vollkommenen Technik hängt in directem Zusammen-

[6]) D. med. Wochenschr. 1896, 43.

Digitized by Google

hang die Reaction, welche auf der Schleimhaut sich in erster Zeit einstellt. Im grossen Ganzen sind bei dieser Art der Massage wenig Reactionserscheinungen zu beobachten. Eine leichte Reaction (stärkere Röthung der Schleimhaut) tritt im ersten Moment stets auf. Anhaltender ist dieselbe, wenn die Massagebewegungen zu stark und unregelmässig gemacht werden.

Die Massagebewegungen werden ganz leicht mit minimaler Druckanwendung, aber regelmässig gemacht, so dass in der Minute etwa 300—350 Vibrationsbewegungen zu Stande kommen.

Zur Erklärung der heilbringenden Wirkung dieser Art der Massage haben wir weiter nichts aufzuführen; dieselbe entspricht der physiologischen der seither angewandten Vibrationsmassage. Es könnte zum Einwurf gemacht werden, dass bei meiner Art der Massage mittelst kleiner Ballons auch unabwendbar Stellen bei manchen Fällen massirt werden, welche gar nicht weiter pathologisch verändert sind. Ganz abgesehen davon, dass solche Fälle, wo sich die Hypertrophie nur auf einen kleinen Teil der Schleimhaut, ohne Röthung der übrigen Teile beschränkt, sehr selten sind, so wird aber auch in Hinsicht der depletorischen Wirkung die Massage auf Blut- und Lymphgefässsystem durchaus nicht schaden können, wenn benachbarte, scheinbar gesunde Partien durch schonende Vibrationen massirt werden.

Laker[7]) glaubt, dass die günstige Wirkung, die die Nasenmassage auf die Gehirnthätigkeit ausübt, eine neue Bestätigung sei für die „seit Axel Key und Retzius vielfach durch physiologische und anatomische Forschungen" gestützte Ansicht, dass das Lymphgefässsystem der Nase in unmittelbarem Zusammenhang mit der Cerebrospinalflüssigkeit steht. Jedenfalls kann ich hier einen Fall anführen, bei welchem die günstige Wirkung der Massage auf das Gehirn eclatant war. Ein 9jähr. Knabe wurde von uns an adenoiden Vegetationen operirt. Nach der Operation schwand zwar die Schwerhörigkeit nach erfolgter Luftdouche; auch die Nasenatmung wurde ziemlich von dem Knaben eingehalten, jedoch die Zerstreutheit, über die sich auch besonders der Lehrer aufhielt, und die mit adenoiden Vegetationen ja oft einhergeht, blieb bestehen. Wir dachten Anfangs an rückgebliebene Reste von adenoiden Vegetationen, die wiederholte Untersuchung ergab aber ein negatives Resultat; nur die Nasenschleimhaut, besonders über der unteren Muschel, war leicht hypertrophirt, aber wenig geröthet. Es war am Anfang meiner Vibrationsmassageversuche und so massirte ich auch diese Schleimhaut. Schon nach einigen Tagen — es wurde täglich die Massage ausgeführt — meldete die Mutter spontan, dass sie jetzt eine Aenderung in der Aufmerksamkeit des Kindes beobachte. Dasselbe wurde folgende Woche darauf auch in der Schule bestätigt. Die Schleimhautschwellung war noch nicht einmal ganz zurückgegangen. Ich wüsste nicht, auf was ich hier diese Aenderung in dem inneren Leben des Kleinen hätte zurückführen sollen als auf die Massage, besonders, nachdem Laker derartige Wirkungen von der Massage gesehen hat.

---

[7]) Laker, l. c. pag. 57.

Digitized by Google

Seither führen wir bei mit fraglichen Symptomen einhergehenden adenoiden Vegetationen auch die Schleimhautmassage der Nase aus, um so mehr, als wir fast stets in der Nase Schleimhautveränderungen bei adenoiden Vegetationen finden können.

Die Einführung des Ballons in die Nase ist stets leicht auszuführen. Besonders in den Fällen ist diese Art der Massage von besonderem Werth, wo eine hochgradige Hypertrophie zwei gegenüberliegende Partien fest aneinanderpresst. Es gelingt in diesen Fällen ziemlich leicht, die kleinen Ballons mittelst einer in das Innere des kleinen Ballons eingeführten Sonde zwischen die beiden hypertrophirten Partien, z. B. mittlere Muschel und Septum, zu bringen und die Massage auszuführen. An sehr engen Partien nehme man zunächst die kleinste Nummer des Ballons und da man möglichst grosse Partien der Schleimhaut der Massage unterwerfen soll, so nimmt man dann an den weniger verengten Partien die grösseren Ballons, so dass man mit Leichtigkeit die ganze Nasenschleimhaut abmassiren kann. Selbstverständlich hat jeder Massage eine genaue Inspection vorherzugehen. Wir pflegen stets die oberen hinteren Partien, wenigstens die um die mittlere Muschel, welche fast stets zu erreichen sind, zuerst zu massiren. Anfangs habe ich die Schleimhaut einige Male mit Mentholglycerin vor der Ausführung der Massage mittelst Wattebäuschchen bestrichen, ich bin nun ganz davon abgekommen.

Die Ballons sind leicht zu desinficiren und zwar in irgend einer desinficirenden Flüssigkeit. Wir nehmen Sublimat (1 : 1000). Uebrigens wird man in der Privatpraxis Jedem einen oder zwei Ballons verschreiben, so dass er stets sein eigenes Instrument hat. Wir thun dies auch, wenn äusserst möglich, in der Poliklinik.

Irgend welche subjective Beschwerden oder Blutungen sahen wir, wie bereits erwähnt, niemals auftreten. Die Indicationsstellung ist dieselbe wie bei der Sondenvibrationsmassage auch. Es kann jeder aber beobachten, dass die Patienten sich dieser Art der Massage leichter unterziehen, um so mehr als im äussersten Falle der Patient diese Nasenmassage selbst ausführen kann, und die Wirkung eine sehr gute ist. Besonders rasch gehen die für den Ohrenarzt so häufig anzugreifenden Hypertrophien der vorderen Enden der unteren Muschel zurück, nachdem schon nach 1—2 Sitzungen die diffuse Röthung verschwunden ist.

Es ist am rathsamsten, die Nasenmassage jeden zweiten Tag auszuführen und jeweils zwei Minuten zu massiren, d. i. etwa 6—700 Vibrationsbewegungen auszuüben.

Natürlich kann diese Ballonmassage auch im Nasenrachenraum ausgeführt werden, und bin ich zur Zeit daran, geeignete Ballons für diesen Zweck durch Versuche ausfindig zu machen. Ebenso steht nichts im Wege, diese Art der Massage an anderen Körperhöhlen (Urethra, Rectum etc.) anzuwenden. Derartige Versuche sind auch auf meine Anregung von anderer Seite in Angriff genommen.

Die Ballons sind in verschiedenen Grössen zu haben bei Carl Stiefenhofer, München, Karlsplatz. Das Stück kostet 60 Pfg.

Digitized by Google

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. April 1897.

Vorsitzender: Prof. Politzer.
Schriftführer: Doc. Dr. Pollak.

1) Dr. Ferdinand Alt stellt einen 14jährigen Knaben der Klinik des Herrn Hofrathes von Schrötter vor, der seit 19. März an Meningitis cerebrospinalis epidemica erkrankt war. Die Diagnose wurde durch Spinalpunction sichergestellt. Am 12. Krankheitstage begann der Patient über Schmerzen im linken Ohre zu klagen; bei der durch A. vorgenommenen Untersuchung erwies sich das linke Trommelfell geröthet, geschwellt, vorgewölbt, keine Details sichtbar. Die in Vorschlag gebrachte Paracentese, welche einen für die bacteriologische Untersuchung einwandfreien Eiter geliefert hätte, konnte wegen eines sehr heftigen Aufregungszustandes des Kranken nicht vorgenommen werden, so dass man den spontanen Durchbruch abwarten musste. In frischen, gefärbten Präparaten des aus der Tiefe des Gehörganges entnommenen Eiters konnte Herr Dr. Arthur Schiff von der Klinik Schrötter neben anderen Bacterien massenhaft intracellulare Diplococcen, die Krankheitserreger der Meningitis cerebrospinalis epidemica, nachweisen, die er auch schon zwei Tage vorher im Nasensecrete vorfand. Typische Reinculturen gingen nicht auf, zumal im Eiter noch andere Bacterien aus dem Gehörgang vorhanden waren.

Die Otitis media suppurativa acuta wurde in üblicher Weise behandelt und heilte nach 17tägigem Bestande vollständig aus: gegenwärtig besteht normaler Trommelfellbefund und annähernd normales Hörvermögen.

Bei Durchsicht der Literatur erwies sich dieser Fall als der erste, bei welchem im Ohreiter der Krankheitserreger der Meningitis cerebrospinalis epidemica nachgewiesen werden konnte; die Vorstellung des Kranken erfolgte behufs Wahrung der Priorität.

Discussion:

Gruber fragt, ob Jemand einen solchen Fall schon beobachtet habe. Er habe einen einzigen derartigen Casus gesehen.

Politzer bemerkt, dass in dem von Alt beschriebenen Falle offenbar die Einwanderung der Microbien vom Nasenrachenraum aus stattgefunden habe.

2) Prof. A. Politzer: Ueber hanfkorngrosse, symmetrische Exostosen am inneren Ende des Gehörganges.

P. stellt einen alten Mann mit rechtsseitigem Mittelohrcatarrh vor, bei dem am inneren Ende des knöchernen Gehörganges in der Nähe der Shrapnell'schen Membran zwei weissliche, hanfkorngrosse Exostosen sichtbar sind, welche den kurzen Hammerfortsatz zwischen sich fassen. Diese von Moos zuerst beschriebene Form von Exostose kommt zwar nicht häufig, aber auch nicht sehr selten zur Beobachtung. Die Veränderung betrifft meist beide Gehörorgane, in dem vorgestellten Falle ist sie nur auf das rechte Ohr beschränkt. Die Knochengeschwülste überschreiten bei dieser Form selten die Grösse eines Hanfkorns. P. ist der Ansicht, dass ihre Entwicklung mit dem Wachs-

Digitized by Google

thum des Schläfebeins zusammenhängt, insofern, als an dieser Stelle die Verlöthung der freien Enden des Annulus tympanicus mit der äusseren Fläche der Pars squamosa des Schläfebeins stattfindet. Befremdlich ist es immerhin, weshalb trotz der zahlreichen Schädeluntersuchungen das Vorkommen dieser symmetrischen Exostosen in der Nähe der Incisura Rivini am macerirten Schädel noch nicht beobachtet wurde. Es wäre daher noch zu untersuchen, ob es sich bei dieser Form um wirkliche Knochenneubildung oder um bindegewebige Verdickungen handelt, worüber nur die Abmeisselung und die microscopische Untersuchung der kleinen Tumoren Aufschluss geben könnte.

Discussion:

Prof. Gruber glaubt, dass die Bildung der Exostosen im Zusammenhange mit dem Wachsthum des Annulus tymp. stehe und dass dies als ein Bildungsexcess aufzufassen sei. Es spreche schon dies dafür, dass dieselben geradezu wie die Enden des Annulus tymp. ein Mal näher, ein anderes Mal entfernter von einander abstehen und keines Wachsthums fähig sind.

3) Dr. D. Kaufmann demonstrirt einen Fall von atypischer Radicaloperation des Proc. mastoid.

Ein 30jähriger Mann, welcher in Lemberg wegen linksseitiger chronischer Mittelohreiterung mit Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen operirt worden war, kam auf die Ohrenklinik des Prof. Politzer mit folgendem Befund: Gehörgang sehr eng, mit Eiter gefüllt, in der Tiefe nur Granulationen sichtbar; am Warzenfortsatze eine unregelmässig geformte granulirende Wundfläche, welche sich trichterförmig in die Tiefe verjüngt, daselbst rauher Knochen fühlbar. Hörweite für laute Sprache $^1/_2$ m. Bei der Operation zeigte sich zunächst ein Sequester, bestehend aus der Squama des Schläfebeines mit einem Theile des Proc. zygomaticus, dahinter die Dura an einer vierkreuzerstückgrossen Stelle freiliegend, mit schwammigen Granulationen bedeckt, sonst normal erscheinend. In der hinteren oberen Partie des Proc. mastoid. eine $^1/_2$ cm im Durchmesser haltende Lücke, aus welcher Granulationen hervorwucherten; beim Auskratzen derselben erfolgte eine Blutung aus dem Sinus transversus, welche durch Jodoformgazetamponade bald zum Stillstand gebracht wurde. An einer weiter nach vorn gelegenen Stelle fand sich dann eine dritte kleine Oeffnung, welche entsprechend erweitert wurde, wobei sich zeigte, dass sie in das Antrum und gegen das Mittelohr hinführte. Ausführung der Radicaloperation durch Formirung einer das Mittelohr, Attik, Antrum und einen Theil des Warzenfortsatzes einschliessenden grösseren Höhle, Ausräumung der daselbst befindlichen Granulationen und Cholesteatommassen, Plastik der Gehörgangswand.

Normaler, afebriler Verlauf. Derzeit besteht noch ganz geringe Eiterung aus dem Mittelohre.

4) Dr. D. Kaufmann: In der letzten Sitzung der otologischen Gesellschaft hat Herr Dr. Alt über einen Fall von Otitis med. plastica (sclerosirender Mittelohrprocess) referirt, bei welchem nach Anlegung einer permanenten Lücke im Trommelfell durch Paracentese und nachfolgende Vaselininjection per Tubam das Gehör sich etwas gebessert und die früher unerträglichen subjectiven Symptome gelindert wurden.

Digitized by Google

Ich erlaube mir nun, Ihnen heute eine Patientin zu demonstriren, welche an einer typischen Otosclerose leidet (normales Trommelfell, progressiv zunehmende Schwerhörigkeit, negativer Rinne mit bedeutend verlängerter Kopfknochenleitung, Fehlen der Perception für tiefe Töne von der Luft aus) und bei welcher ich mit Rücksicht auf diese Empfehlung gegen meine Ueberzeugung den Versuch machte, durch Paracentese eine Trommelfelllücke eine Zeit lang (drei Wochen) offen zu halten. Der Effect war, dass sich sowohl das Gehör, als auch die subjectiven Symptome auffallend verschlimmerten.

Ohne gerade aus diesem einen Falle besondere Schlussfolgerungen ziehen zu wollen, glaube ich doch mit Rücksicht auf die bekannten Erfahrungen, sowie auf die Thatsachen, 1) dass es sich bei der Sclerose um einen Knochenprocess handelt, welcher durch Eiterungen, die in der Schleimhaut erzeugt werden, nicht beeinflusst werden kann, 2) dass das Hervorrufen einer Eiterung zum Mindesten nicht gleichgiltig ist, dass es durchaus nicht indicirt sein kann, bei sclerosirenden Mittelohrprocessen in der empfohlenen Weise vorzugehen.

Discussion:

Dr. Ferdinand Alt glaubt, dass es durchaus nicht berechtigt sei, wegen dieses einzelnen Falles, in welchem die Therapie ohne Erfolg blieb, die letzthin empfohlene Methode zu verwerfen. Er habe im Anschluss an den Bericht über seinen Fall, wo die Therapie einen befriedigenden Erfolg aufwies, diesen Eingriff für Mittelohrerkrankungen mit unerträglichen subjectiven Beschwerden, welche die Kranken geradezu zur Verzweiflung bringen, empfohlen. Diese Therapie sei eine unschädliche, und wenn es auch nur bei einem kleinen Theile gelänge, den Patienten von seinen Beschwerden zu befreien, wäre schon damit sehr viel erreicht. Diese Anschauung entspricht vollkommen den Indicationen namhafter Autoren für die Anlegung einer künstlichen Perforation des Trommelfells und auch deren Erwartungen bezüglich des erreichbaren therapeutischen Effectes.

Kaufmann meint, der Schwerpunkt der Frage liege darin, dass man zwischen Sclerose und adhäsiven Processen des Mittelohres zu unterscheiden habe.

Prof. Gruber tritt zunächst der Anschauung Kaufmann's, dass die von Politzer beschriebene Knochenneubildung an der Labyrinthwand als Sclerose des Mittelohres aufzufassen wäre, entgegen. Gr. meint vielmehr, dass auch dieser Process in die Reihe der hyperplastischen Mittelohrentzündungen gehöre. Mit dem Namen „hyperplastische Mittelohrentzündung" bezeichnet er bekanntlich alle die chronisch verlaufenden, auch circumscript auftretenden Entzündungsprocesse, bei welchen keine nachweisbare Exsudation, wohl aber Massenzunahme in den Geweben auftritt. Auch die von Politzer beschriebene Knochenneubildung gehöre seiner Meinung nach hierher, und dies um so mehr, als die Schleimhaut an der Labyrinthwand gleichzeitig Beinhaut ist und diese bei Hyperplasie Knochenneubildung mit sich bringe. Wenn primäre Erkrankungen des Knochens auftreten, könnte wohl auch eine Massenzunahme erfolgen, und diese wäre dann als Osteitis mit Ausgang in Verknöcherung aufzufassen. Gegenüber der Bemerkung Kaufmann's, dass die von Alt geübte Paracentese mit nachfolgender Injection von

Digitized by Google

Vaselin nicht zu rechtfertigen sei, bemerkt Gr., dass er dieser Anschauung nicht durchweg beipflichten könne. Der Fall von Kaufmann, den er heute demonstrirt, beweise deshalb nichts, weil in seinem Falle der Befund am Trommelfell ein ganz anderer war, als in dem von Alt. Bei ersterem bestand wahrscheinlich schon Atrophie der Membran, bei letzterem Verdickung der Gewebe, auch des Trommelfells, wo eine solche Perforation immerhin von Nutzen sein kann.

Prof. Politzer bemerkt: Die Bezeichnung Sclerose für die in Rede stehenden Krankheitsformen des Gehörorgans ist eine unpassende, insofern mit diesem Worte nicht der Krankheitsprocess, sondern die histologische Eigenschaft der erkrankten Partie characterisirt wird. Da sich jedoch dieser Terminus in der Otologie eingebürgert hat, wird es wohl kaum möglich sein, ihn zu eliminiren. Es ist nur zu bedauern, dass noch gegenwärtig verschiedenartige, in ihrem Verlaufe und Ausgange differirende Krankheitsprocesse des Gehörorgans unter den Sammelbegriff Sclerose zusammengefasst werden. Die grosse Gruppe von Ohrerkrankungen, die man bisher als Mittelohrsclerose bezeichnet hat, zerfällt in zwei Gruppen. Eine derselben umfasst die aus Erkrankungen der Mittelohrschleimhaut hervorgegangenen Adhäsivprocesse im Mittelohr, die zweite, überwiegend grössere, die von ihm als primäre Erkrankung der Labyrinthcapsel beschriebene Knochenwucherung ohne Erkrankung der Mittelohrschleimhaut. Letztere Form muss aus der Gruppe der Mittelohrerkrankungen gänzlich ausgeschieden werden. Eine grosse Anzahl von Specialisten bezeichnet diese Form als die eigentliche Sclerose. Eine andere Frage ist, ob wir die Adhäsivprocesse der Mittelohrschleimhaut von der primären Knochenwucherung der Labyrinthcapsel auch klinisch zu differenziren im Stande sind. Dies muss für eine grösse Reihe typischer Fälle bejaht werden. Bei Fällen von progressiver Schwerhörigkeit mit normalem Trommelfellbefunde, normal wegsamer Ohrtrompete und negativem Ausfall des Rinne'schen Versuches kann die Diagnose mit ziemlicher Sicherheit auf eine Knochenwucherung in der Labyrinthcapsel gestellt werden und wird die Diagnose noch gestützt, wenn die Hörstörung in Folge von Heredität, Puerperium, Syphilis oder Gicht sich entwickelt, und wenn noch ausserdem das Promontorium durch das Trommelfell röthlich durchschimmert. Letzteres Symptom fehlt häufig. Hingegen wird man bei Trübungen und Kalkablagerungen im Trommelfell, bei starker Retraction der Membran, behinderter Tubenpassage einen Adhäsivprocess im Mittelohr anzunehmen berechtigt sein. In diese Categorie ist der von Dr. Alt vorgestellte Fall einzureihen. Dass Mischformen vorkommen, hat er in einigen Fällen pathologisch-anatomisch erwiesen, und Aufgabe weiterer Forschungen wird es sein, auch in zweifelhaften Fällen die pathologisch-anatomische Diagnose am Lebenden festzustellen. Bezüglich der künstlichen Perforation des Trommelfells bei den nichteitrigen Catarrhen spricht sich P. dahin aus, dass dies eine durch die Erfahrung abgethane Angelegenheit sei, und dass über ihren Werth nur dann wird discutirt werden können, wenn es gelingen wird, die Oeffnung offen zu erhalten, was bisher nicht möglich war.

5) Prof. Gruber demonstrirt zwei Schläfebeine, an welchen symmetrische hochgradig entwickelte Hyperostosen in beiden äusseren Gehör-

Digitized by Google

gängen bestehen. In einem dieser Gehörgänge befindet sich eine Strohspelze, welche im Trommelfell eingekeilt ist und welche seit vielen Jahren in dem Ohr gesteckt haben dürfte. Bei der Gelegenheit macht der Vortragende aufmerksam, dass er vor vielen Jahren einen ganz ähnlichen Fall beobachtete, wo nachweislich die Spelze 17 Jahre im Trommelfell eingekeilt war, ohne besondere Erscheinungen zu veranlassen. Nach der Entfernung derselben fand sich eine rundliche, ungefähr 1 mm im Durchmesser haltende Perforation im Trommelfell, welche sich im weiteren Verlaufe schloss.

6) Discussion über den therapeutischen Werth des Wasserstoffhyperoxyds. Eingeleitet von Prof. A. Politzer.

Die antiseptischen Eigenschaften des von Thenard 1818 entdeckten Wasserstoffhyperoxyds wurden erst 1882 von Baldy erkannt und von ihm auch für chirurgische Zwecke empfohlen. Das Mittel hat jedoch in der grossen Chirurgie keinen Eingang gefunden, und ist erst in den letzten Jahren durch Neudörfer als Antisepticum und Hämostaticum warm empfohlen worden. Von Bettmann 1885 in die ohrenärztliche Praxis eingeführt, hat es unter den Otologen, wie Rohrer, Bull, Dayton, Dundas Grant und Lermoyez warme Anhänger gefunden. Auf Veranlassung des letzteren hat Georges Gellé in Paris experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkungen des Wasserstoffhyperoxyds angestellt und in den „Archives internationales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie", herausgegeben von F. Helme in Paris (Tome IX, No. 5, Seite 458) eine bemerkenswerthe Arbeit über den Gegenstand veröffentlicht.

Die Lösungen des Wasserstoffhyperoxyds, welche in den Droguerien zum Verkaufe gelangen, zeigen verschiedene Concentrationsgrade. Die hiesigen Apotheken liefern 3—6proc. Lösungen. In Paris werden Lösungen verabfolgt, die 10—12 Volumen Wasserstoffhyperoxyd enthalten. Die Flüssigkeit zeigt je nach der Beimengung von Schwefelsäure Säurereaction in verschiedenem Grade. Durch diese Beimengung von Säure wird die Zersetzung des Wasserstoffhyperoxyds hintangehalten, während alkalische Beimengungen die Flüssigkeit rasch zersetzen. Mit Secreten in Berührung tritt unter stürmischer Entwickelung des Gases eine rasche Zersetzung ein, wobei auch den von der Flüssigkeit bespülten Geweben Sauerstoff entzogen wird. Auf letzterem beruht wahrscheinlich die antiseptische Wirkung des Mittels. Durch Licht- und Luftzutritt wird die Flüssigkeit nur wenig und langsam verändert. Das Wasserstoffhyperoxyd, welches nur intravenös injicirt giftig wirkt, in der otologischen und rhinologischen Praxis jedoch ohne jeden Nachtheil angewendet werden kann, besitzt antiseptische Eigenschaften, ohne jedoch, wie manche behaupten, die Wirkung des Sublimates zu erreichen.

Politzer empfiehlt dasselbe 1) bei acuten Mittelohreiterungen, deren Verlauf durch die Anwendung des Mittels günstig beeinflusst wird. Nach Ausspülung des Gehörganges mit warmem, sterilisirtem Wasser wird bei seitlich geneigtem Kopfe der Gehörgang mit Hydrogenium hyperoxydat. gefüllt und bei dieser Kopfstellung eine Lufteintreibung nach Politzer'schem Verfahren ausgeführt, wobei die Luft durch den Gehörgang entweicht und die Flüssigkeit in die Trommelhöhle eindringt. Das Medicament kann bald nach Eintritt des Ohren-

Digitized by Google

flusses angewendet werden. Erfolgt nach mehrtägiger Anwendung keine Abnahme der Secretion, so geht man zur Borsäure über.

2) Bei chronischen Mittelohreiterungen beobachtet man zuweilen nach mehrtägiger Anwendung des Wasserstoffhyperoxyds rasche Verminderung der Absonderung, in einzelnen Fällen gänzliches Versiegen der Eiterung. Häufig jedoch übt es keinen wesentlichen Einfluss auf den Eiterungsprocess. Immerhin aber erweist sich das Mittel auch in diesen Fällen als nützlich, insofern, als die von der Flüssigkeit bespülten Partien gründlich gereinigt und desinficirt werden. Es empfiehlt sich daher, die Behandlung der chronischen Mittelohreiterung, insbesondere die septischen, vernachlässigten Formen, mit dem Wasserstoffhyperoxyd einzuleiten und nach mehrtägiger Anwendung zur üblichen antiseptischen Behandlung überzugehen. P. fand eine raschere Wirkung der letzteren, wenn eine mehrtägige Behandlung der Mittelohreiterung mit Wasserstoffhyperoxyd vorherging.

3) Sehr günstig erweist sich das Wasserstoffhyperoxyd in jenen Formen der desquamativen Mittelohreiterungen, bei welchen Epidermisklümpchen in den dem Spülwasser unzugänglichen Ausbuchtungen der Trommelhöhle lagern und die durch die gewöhnlichen Ausspritzungen nicht entfernt werden können. Diese, die Sepsis begünstigenden Epidermisklümpchen, und ebenso zurückgebliebene Reste von Cholesteatommassen werden nicht selten durch die rapide Gasentwicklung des eingegossenen Wasserstoffhyperoxyds an die Oberfläche gefördert und die tieferen Theile der Trommelhöhle dadurch gereinigt.

Die hämostatischen Eigenschaften des Hydrogenium hyperoxydatum werden besonders durch Neudörfer gerühmt. Experimentell wurden sie durch Versuche von Georges Gellé an Kaninchen erwiesen. P. hat das Mittel mit gutem Erfolg bei Blutungen nach Operationen von Nasenpolypen, bei intratympanalen Operationen und bei Operationen an den Nasenmuscheln angewendet.

Pollak hat das Wasserstoffsuperoxyd mit zufriedenstellendem Erfolge bei Attikeiterungen, die er conservativ behandelte, sowie bei jenen acuten Mittelohrentzündungen angewandt, bei denen die Perforationsöffnung an der Spitze einer zitzenförmigen Erhabenheit der hinteren Partie des Paukenfells lag. Die Anwendungsart in letzteren Fällen war entweder die, dass er das Wasserstoffsuperoxyd in den früher sorgfältig gereinigten äusseren Gehörgang goss, und dann bei seitlich geneigtem Kopfe Lufteintreibungen machte, oder dass er Masseneinspritzungen per tubam vornahm.

Urbantschitsch rühmt dem Wasserstoffsuperoxyd hauptsächlich die Eigenschaft nach, dass es vollkommen reizlos ist, und Blutungen leicht stillt.

Gomperz wendete das Wasserstoffhyperoxyd bei Operationen im Nasenrachenraume mit gutem Erfolge an.

Dr. Ferdinand Alt: Das Hydrogenium hyperoxydatum wird seit langer Zeit an der Klinik Gruber verwendet und hat sich namentlich in Fällen von chronischer Mittelohreiterung behufs leichter und dabei doch gründlicher Reinigung des Gehörganges und des Mittelohrs bewährt.

Digitized by Google

Sitzungen der Laryngologischen Gesellschaft in London.

Ordentliche Sitzung vom 14. März 1896.

Vorsitzender: Felix Semon.
Schriftführer: W. R. H. Stewart.
St. Clair Thomson.

Die Commission zur Untersuchung pathologischer Gewächse erstattet den Bericht über den microscopischen Befund eines Tumors, welchen Dr. St. Clair Thomson im Januar des Jahres von der rechten Nasenscheidewand eines 29jährigen Mannes mit der kalten Schlinge entfernt hat. Der Tumor, welcher seither recidivirt hat, erwies sich als Angiom. Die Krankengeschichte bietet weiter keine Besonderheiten.

Cyste in der Plica glosso-epiglottica.

Dr. Beale fand bei einem 38jährigen Mann eine kirschgrosse Geschwulst auf dem Zungenrücken, welche ausser beim Sprechen keine Beschwerden verursachte. Die Wand des Tumors war gefässreich, bei Palpation mit der Sonde weich und nachgiebig. Ohne irgend welche locale Behandlung verkleinerte sich die Geschwulst in etwa zehn Tagen, während welcher Pat. wegen einer acuten Bronchitis in gewöhnlicher Weise behandelt wurde, subjectiv und objectiv wahrnehmbar. Für die völlige Zerstörung der Geschwulst kämen Incision, Excision eines Theiles der Cystenwand oder Zerstörung durch Galvanocaustik in Frage.

Dr. Bond schlägt, falls die cystische Natur des Tumors festgestellt sei, die Anwendung des Galvanocauters und der Curette vor.

Vorsitzender ist stets mit ausgiebiger Incision oder der schneidenden Zange bei localer Anästhesie ausgekommen.

Mr. Symonds schneidet den oberen Theil der Cyste fort.

Dr. Mc. Bride hat derartige Gewächse sehr hartnäckig gefunden.

Ein Fall von Tuberculose oder Carcinom?

Dr. Clifford Beale: Ein bereits vorgestellter Patient ist drei Monate hindurch beobachtet und mit Jodkali und reichlicher Nahrungszufuhr, zuletzt auf den Rath Mr. Stewart's mit localer Application von Zinkchlorid behandelt. Die vom linken Ventrikel ausgehende Infiltration ist zurückgegangen und sieht weniger bösartig aus. Geblieben ist eine geringe Verdickung des ganzen Stimmbandes: dagegen ist die Motilität nicht verringert, eine kleine Drüse im Nacken ist unverändert. Pat. hat sein Gewicht und früheren Ernährungszustand wiedererhalten, aber die Stimme ist so schwach wie bisher.

Dr. Beale ist der Meinung, dass es sich um eine chronische tuberculöse Schwellung handelt, und dass die Larynxaffection analog dem Lungenprocess verläuft, der in narbiger Schrumpfung begriffen ist.

Fall von Larven in der Nase.

Dr. Bond: Eine 49jährige Frau erkrankt mit profusem, wässerigem Ausfluss aus der Nase und heftigen stechenden Schmerzen in der hinteren Stirngegend. Ausspülungen blieben sechs Wochen hindurch erfolglos, bis nach zweimaliger Anwendung einer verdünnten Mandl-schen Lösung vier Maden aus der Nase entfernt wurden, womit die Beschwerden aufhörten. Die Nebenhöhlen waren nicht betheiligt. Die

Digitized by Google

Untersuchung der Maden ergab Piophila casei Linnaeus, die auf Käse etc. lebt. Ein besonderer Geruch aus der Nase, der die Fliege hätte anlocken können, war nicht vorhanden.

Myxom des Larynx.

Dr. Bond: 52jähriger Mann, der seit 20 Jahren an Heiserkeit leidet, hat seit 12 Monaten die Stimme völlig verloren. Die Untersuchung ergab einen erbsengrossen Tumor, der Rand und Mitte des rechten Stimmbandes aufsass. Der Tumor war im Centrum durchscheinend und sah aus wie eine Cyste. Nach seiner Entfernung auf endolaryngealem Wege stellte die Stimme sich ausgezeichnet wieder her. Die geléeartige Geschwulst erwies sich unter dem Microscop als reines Myxom. Dr. Bond macht auf die lange Dauer des Falles aufmerksam. Er glaubt den seltenen Befund eines reinen Myxoms dadurch erklären zu können, dass früher ein Gewächs bestanden hat, welches in der langen Zeit seines Bestehens myxomatös entartet ist.

Vorsitzender hebt die Seltenheit dieser Fälle hervor und hält es für bemerkenswerth, dass in jedem Falle die Beschwerden schon seit ca. 20 Jahren bestanden haben.

Dr. Kanthak hat derartige Fälle ebenfalls beobachtet. Er glaubt, dass mehr die häufigere myxomatöse Degeneration, als die sehr seltenen reinen Myxome vorliegen.

Myxom des Stimmbandes.

Dr. St. Clair Thomson: Eine 38jährige Lehrerin, die seit ihrem 17. Jahre in Privatschulen unterrichtet, bemerkt seit 2 Jahren beim Singen, dass ihre Stimme „dick“ wird. Seit 12 Monaten hat sie das Singen gänzlich aufgegeben, seit 3 Monaten Heiserkeit und Versagen der Stimme, namentlich nach längerem Gebrauch. Es fand sich ein rundliches Gewächs von der Grösse eines kleinen Stecknadelkopfes, weich, roth, gestielt in die Glottis vorspringend an der Stelle, wo Mitte und vorderes Drittel des rechten Stimmbandes zusammenstossen. Etwas Injection und Verdickung der angrenzenden Oberfläche des Stimmbandes, unvollständiger Schluss bei der Phonation. Die Geschwulst wurde mit Mackenzie's anterio-posterior-Zange entfernt und erwies sich als Myxom. Vielleicht könnte es auch einfach als ödematöse Schleimhaut angesprochen werden.

Tumor am harten Gaumen.

Mr. Lawrence: 11jähriges Mädchen mit einer flachen, warzenartigen Geschwulst an der Schleimhaut des harten Gaumens, in der Mitte durch einen dünnen Stiel mit ihr verbunden. Pat. hat über die Dauer ihrer Anwesenheit keine Vermuthung.

Mr. Symonds hat einen kleinen Tumor am weichen Gaumen beobachtet, der sich als Dermoid auswies.

Ein aus dem Naso-Pharynx entferntes Gewächs.

Mr. Lawrence: Das Gewächs war ein einfacher Schleimpolyp ohne Cysten und wurde mit der Zange von hinten entfernt.

Ausgedehnter Hohlraum am Halse ähnlich einer Fistula colli congenita.

Dr. Grant: Bei einem 19jährigen Mädchen fanden sich zwei entzündliche Schwellungen vor und hinter dem unteren Ende des Musculus sterno-cleido-mastoid. Nahe am Kieferwinkel eine vergrösserte Drüse,

Digitized by Google

von der sich ein fester Strang zu den erwähnten Schwellungen hinabzieht. Die Schwellungen wurden incidirt, Eiter entleert und der Gang ausgekratzt.

Gegenwärtig ist die hintere der beiden Wunden zu einem fest verheilten Grübchen geschlossen; die vordere führt durch eine Oeffnung in den Strang, in dessen Inneres ein Celluloidbougie etwa 2 Zoll emporgeschoben werden kann.

Der Hohlraum ist wahrscheinlich in Folge eines Drüsenabscesses entstanden, aber Lage und Character liessen immerhin an einen ursprünglichen Zusammenhang mit dem Kiemenbogen denken.

Weiterer Verlauf eines im Januar vorgestellten Kehlkopfcarcinoms.

Dr. Grant: Exitus letalis 20 Tage nach der Thyreotomie. Pat. war während der ganzen Zeit nicht im Stande zu schlucken und musste mit Nährclystieren erhalten werden. Es stellte sich allmählich Benommenheit und Schlafsucht ein, und trotz aller angewendeten Mittel (Excitantien etc.) ging Pat. an Coma zu Grunde. Bei der Section fand sich die Lunge hyperämisch und ödematös, aber ohne pneumonische Verdichtungen. Recidiv um die Operationsstelle.

Unvermögen, Flüssigkeiten zu schlucken, war eines der ersten Symptome des Falles, ohne dass eine Fistel da war, und es wäre interessant, zu wissen, ob dies Symptom im Allgemeinen als ungünstig angesehen werden muss.

Chronische Heiserkeit bei einem Patienten mit chronischer Rhinitis und Pharyngitis.

Mr. Spencer: 19jähriges Dienstmädchen, schon immer heiser, hat früher an Nasenverstopfung gelitten. Ein paar Mal, während einer Erkältung, wurde sie aphonisch. Bei der Untersuchung fand sich chronische trockene Rhinitis und Pharyngitis mit Borkenbildung. Larynx und Trachea gut zu übersehen, die Stimmbänder schliessen, werden aber nicht angespannt. Bei der Adduction unregelmässiges Schlottern. Pat. wird vorgestellt als ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen chronischer Nasenverstopfung und dem Larynx.

Dr. Beale hält die Veränderungen im Kehlkopf für hinreichend, die Heiserkeit zu erklären, ohne dass man die Nase anzuschuldigen brauche. Localbehandlung würde die Stimme wieder herstellen.

Dr. Bride constatirt eine geringe Parese des linken Abductor, sowie Röthung des linken Stimmbandes, und wurde der Fall für sehr suspect gehalten.

Dr. Tilley hat die verringerte Beweglichkeit des linken Stimmbandes ebenfalls bemerkt.

Mr. Symonds würde die Nase behandeln und den Kehlkopf in Ruhe lassen.

Mr. Lake meint, dass der chronische Character der Larynxaffection eine Behandlung des Larynx rechtfertige.

Tumor pharyngis, wahrscheinlich syphilitischer Natur.

Dr. Tilley: 33jährige Frau mit Erstickungsgefühl im Halse. Syphilis zugegeben, zwei Aborte, zwei lebende Kinder, von denen das jüngste an congenitaler Lues leidet. Bei der Untersuchung findet sich eine eiförmige Schwellung an der hinteren Pharynxwand, ziemlich tief,

Digitized by Google

der Epiglottis gegenüber. Unter antisyphilitischer Behandlung beträchtlicher Rückgang der Geschwulst.

Lupus des Gaumens und des Kehlkopfes.

Dr. Stabb stellt einen Fall vor.

Dr. Bride fragt nach der Prognose. Er hat in einer Anzahl von Fällen sehr günstige Prognosen stellen können. Er gebraucht Galvanocaustik und Chromsäure.

Vorsitzender zieht bei leichter Zugänglichkeit scharfen Löffel und Milchsäure vor. Im Larynx kratzt er nicht wegen der zu fürchtenden Stenose. Einige seiner Fälle hat er einfach mit Arsenik und Leberthran behandelt.

Dr. Stewart hat ebenfalls einen Fall unter Arsenik allein heilen sehen.

II. Kritiken.

Die Beziehungen der Nase und ihrer Nebenräume zum übrigen Organismus. Academische Antrittsvorlesung von Dr. P. H. Gerber, Privatdocent an der Universität Königsberg. Berlin 1896.

Schon seit langer Zeit hatten wir nicht Gelegenheit, eine ernste wissenschaftliche Arbeit in so angenehme Form gekleidet zu finden, wie die vorliegende Arbeit Gerber's. In trefflicher und witziger Weise ist die Form der Nase besprochen, hieran schliesst sich eine ausführliche Darstellung der Functionen derselben, sowie der Schädigungen, die der Organismus durch die Functionsbeeinträchtigung der Nase erleidet. Dann folgt eine Schilderung der Beziehungen der Nase zum Respirations- und Digestionstracte, zum Ohre, Auge, Gehirn, zum übrigen Nervensystem, zum Circulationsapparat, zum Genitalsystem und zur äusseren Haut. Eine kurze Besprechung findet das Verhalten der Nase bei einzelnen Krankheiten.

Die Arbeit, welche nach den Worten des Autors: „die mannigfachen und innigen Beziehungen aufdecken soll, welche das kleine Töchterchen Rhinologie mit der grossen Mutter, der allgemeinen Medicin, verbinden", erfüllt in trefflicher Weise ihre Bestimmung. A.

III. Referate.

a) Rhinologische:

Einige Bemerkungen über maligne Nasengeschwülste. Von Dr G. Finder in Charlottenburg. (Arch. f. Laryngol. etc. 1896, Bd. V, pag. 302.)

Unter den circa 28000 Kranken der K. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten in Berlin fanden sich zehn unzweifelhafte Fälle von Sarcom und zwei von Carcinom der Nase. Von ersteren waren auch jugendliche Individuen befallen, die letzteren betrafen nur

Digitized by Google

Erwachsene. Die Sarcome entsprangen zumeist dem Septum, die Carcinome den hinteren Parthien der Nasenhöhle, dem Keilbeine und den Siebbeinzellen. Ihre Aetiologie ist dunkel, die Möglichkeit einer Transformation gutartiger Neubildungen in bösartige nicht ausgeschlossen, doch beruht diese Annahme zumeist auf Täuschung. Beziehentlich der Symptomatologie hebt F. insbesondere die Blutungen bei Sarcom hervor, die bei Carcinom eine untergeordnete Rolle spielen, die ausgesprochene Neigung dieser zu jauchigem Zerfall, die Neigung jener, Auftreibungen der Knochen zu veranlassen. Die Propagation der Erkrankung auf die regionären Lymphdrüsen scheint bei Sarcom seltener als bei Carcinom. Für die Diagnose ist das Hauptgewicht auf die wiederholte, genaue microscopische Untersuchung zu legen, doch sind Täuschungen auch dann nicht ausgeschlossen. Die Prognose gestaltet sich für das Sarcom verschieden, je nach dessen histologischem Bau; im Allgemeinen ist sie insofern nicht absolut schlecht, als es uns möglich ist, durch rechtzeitiges geeignetes Eingreifen den fatalen Ausgang etwas aufzuschieben. Die Gesammtdauer der Krankheit währt wohl nicht länger als drei Jahre. Für die Carcinome ist die Prognose absolut ungünstig. Sie zeigen ein rapides Wachsthum und führen meist nach wenig Monaten zum Tode. Die Therapie gewährt bei den Sarcomen einigen Erfolg, wenn diese abgegrenzt sind, für Carcinome ist sie machtlos.

Beschorner.

Zwei Fälle von primärem Schanker der Nasenscheidewand. (Deux cas de chancre primitif de la cloison nasale.) Von Dr. J. Garel.

Verf. giebt die Beschreibung zweier solcher Fälle. Sie sind die seltensten aller Extragenitalschanker. Zu bemerken ist, dass der Schanker der Nasenschleimhaut nichts mit unnatürlichem Coitus zu thun hat, sondern ein zufälliges, meistens durch die Fingernägel verursachtes Geschwür ist. Dr. P. K.

Die Nasenpolypen in ihren Beziehungen zu den Empyemen der Nebenhöhlen. Von Dr. A. Alexander in Berlin. (Archiv für Laryngol. etc. 1896, Bd. V, pag. 324.)

Zu seinen Untersuchungen verwandte A. das Material der Königl. Poliklinik für Hals- und Nasenkranke in Berlin. Diese wies in den letzten neun Jahren eine Gesammtfrequenz von 27600 Patienten auf, darunter 850 Polypen-, 276 Empyemfälle. Von diesen 1126 Fällen, (i. e. 4 pCt. der Gesammtaufnahme) wurden nur diejenigen verwerthet, welche sich im Laufe des letzten Jahres persönlich nochmals vorstellten und eine abermalige genaue, bisweilen einige Wochen dauernde Untersuchung gestatteten. Es waren dies 274, und zwar 104 Polypen-, 170 Empyemfälle, von welchen letzteren 45 Nasenpolypen aufwiesen. Die Untersuchung dieser 274 Patienten erstreckte sich auf sämmtliche Nebenhöhlen. Es zeigten nun unter jenen 149 Patienten, in deren Nase sich Polypen vorfanden, 69 überhaupt keine Nebenhöhlenerkrankungen. Bei den übrigen 80 war am häufigsten die Kieferhöhle (57 Mal) erkrankt, demnächst kamen der Häufigkeit nach die Siebbein-

Digitized by Google

zelleneiterungen (8 Mal), die Keilbeinhöhlenempyeme (5 Mal) und nur 1 Mal eine Stirnhöhleneiterung. In 9 Fällen bestand eine combinirte Eiterung. Beim acuten Catarrh der Nebenhöhlen fand man nie Polypen. A. hat kaum jemals Nasenpolypen bei Nebenhöhleneiterungen gesehen, wenn er nicht nachweisen konnte, dass die Eiterung mindestens ein Jahr gedauert hatte. So lange also müssen im Durchschnitt die Entzündungsproducte auf die Nasenschleimhaut einwirken, wenn dieselbe im Stande sein soll, Polypen zu produciren. Daher kommt es auch, dass von den 170 Empyemfällen nur 45 Nasenpolypen aufwiesen. Dementsprechend hält A. das Ueberfliessen von Eiter aus der Höhle auf die Schleimhaut des mittleren Nasenganges und der mittleren Nasenmuschel nicht für die einzige Ursache, welche zur Entstehung der Polypen führt. Viel wichtiger erscheint ihm in dieser Beziehung die directe Uebertragung des Entzündungsprocesses von Schleimhaut auf Schleimhaut. Indem so die Nasenschleimhaut gewissermaassen von zwei Stellen angegriffen wird, entstehen schliesslich die grossen, die ganze Nase ausfüllenden Producte einer zu Hyperplasie und Circulationsstörungen führenden Entzündung. Beschorner.

Die Klinik für Hals- und Nasenkrankheiten (dirigirt von Geh.-Rath Prof. Dr. B. Fränkel), **nebst einem kurzen statistischen Bericht über das Krankenmaterial in den ersten sechs Monaten des Jahres 1896.** Von Dr. W. Bussenius. (Arch. für Laryngol. etc. 1896, Bd. V, pag. 382.)

Beschreibung der äusseren und inneren Einrichtungen genannter Anstalt und Mittheilungen über die innerhalb von sechs Monaten darin behandelten 162 Nasen-, Rachen-, Kehlkopf-, Luft- und Speiseröhren-Kranken. Besonders bemerkenswerth ist der kurze Bericht über einen Knaben, bei welchem Nasenrachenraum, beide Nasenlöcher, rechte Oberkieferhöhle und rechte Orbita von schnell wachsenden Sarcomen durchwuchert waren. Dem Kranken, mit hochgradiger Athemnoth der Station überliefert, wurden sofort die tief herabhängenden Nasenrachensarcome mit der heissen Schlinge abgetragen und die weichen Massen aus den Nasenlöchern entfernt, so dass nach Stillung der bedeutenden Blutung der Knabe wieder einigermaassen Luft hatte. Schon nach wenigen Tagen wucherten neue Sarcome. Die projectirte rechtsseitige Oberkieferresection mit Entfernung des Bulbus und aller Geschwulstmassen wurde von den Eltern abgelehnt. Beschorner.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Fremdkörper während neun Monaten in den Luftwegen. (Présence d'un corps étranger dans les voies aériennes pendant neuf mois.) Von Dr. Michelmore. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Ein 7jähriger Knabe bekam plötzlich Brechen mit Husten und Dyspnoe, mehrere Anfälle von Bronchopneumonie im Verlaufe von vier Monaten. Neun Monate nach den ersten Symptomen kam ein sehr

Digitized by Google

heftiger Hustenanfall und es wurde ein Pflaumenkern ausgeworfen. Heilung. Auffallend ist, dass kein Fremdkörper diagnosticirt werden konnte; die Pflaumen wurden im August gegessen, und erst im Monat October traten die ersten Symptome auf.

Solche Fremdkörper, wenn dieselben nicht durch besonders günstige zufällige Momente ausgeworfen werden, werden nicht intra vitam diagnosticirt, die Patienten sterben unter den Symptomen einer Phthisis florida; wird die Section nicht gemacht, so wird der Fremdkörper nie gefunden. Solche Beispiele sind nicht so selten, wie allgemein angenommen wird. Dr. P. K.

Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Innervation des Kehlkopfes. Von Dr. Grabower in Berlin. (Archiv für Laryngologie etc. 1896, Bd. V, pag. 315.)

Der Fall, einen 49jährigen Schlosser betreffend, welcher an linksseitiger Recurrenslähmung litt, ist darum wichtig, weil er, länger als zehn Jahre beobachtet, wiederholt laryngoscopisch untersucht und zur Section gekommen, geeignet ist, wie G. meint, zu dem alten, vielumstrittenen Problem von der motorischen Innervation des Kehlkopfes ein entscheidendes Wort zu sprechen. Nach sorgfältiger Prüfung aller in Frage kommender Momente und genauesten microscopischen Untersuchungen erscheint es dem Autor zweifellos, 1) dass der Accessorius ein rein spinaler Nerv ist und dass ein cerebraler Accessorius nicht existirt; 2) dass irgend welcher Zusammenhang zwischen dem Accessoriuskern und den Vaguskernen nicht existirt, und ferner, dass der Accessorius bei der Innervation des Larynx ganz unbetheiligt, der Vagus aber der alleinige motorische Kehlkopfnerv ist.

Beschorner.

Ueber Pharyngealtuberculose. (De la tuberculose pharyngée.) Von Dr. Robert Léwy. (Denwer med. Times und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 42.)

Am Schlusse seiner langen Arbeit kommt Verf. zu folgenden Sätzen: 1) Pharyngealtuberculose kommt in $1^1/_2$ pCt. aller Phthisen vor; 2) die Klinik beweist, dass die Infection sich auf zwei Arten vollführen kann, nämlich durch die Lymphbahnen und dann durch locale Invasion; 3) Lungen- und Larynxtuberculose, sowie Syphilis steigern natürlich die Intensität des Leidens. Dr. P. K.

Giebt es eine Laryngitis haemorrhagica? Von Dr. Salzburg in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. 1896, Bd. V, pag. 296.)

S. beantwortet diese Frage wie folgt: In Anbetracht der Seltenheit der Fälle und mit Würdigung der allein durch die Blutung äusserst selten bewirkten bedrohlichen Erscheinungen ist die Bezeichnung Laryngit. haemorrhagica berechtigt. Als solche gilt jeder idiopathische Larynxcatarrh, der ohne äussere Veranlassung und bei intacter Schleimhaut mit Blutungen auf oder in der Schleimhaut einhergeht.

Beschorner.

Digitized by Google

Croup. Intubation während 6 Monaten durchgesetzt. Lähmung der Cricoarytaenoidei postici durch Druck Seitens Tracheal- und Bronchialdrüsen auf die Recurrentes. (Croup, Intubation prolongée pendant six mois reconnaissant pour cause une paralysie des cricoaryténoidiens postérieurs due à la compression des recurrents par une adénopathie trachéobronchique.) Von Dr. Charmeil. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 20.)

Bei einem 5jährigen Mädchen wurde wegen wirklicher Diphtheritis die Intubation des Larynx gemacht. Nach Heilung der Diphtheritis konnte der Tubus nicht entfernt werden, ohne dass lebensgefährliche Erstickungserscheinungen auftraten. Patientin ging mit der Röhre im Larynx nach Hause, zeigte sich ein Mal per Woche in der Klinik, wo dann jedes Mal umsonst der Versuch, die Röhre zu entfernen, gemacht wurde. Des Interesses wegen giebt Verf. die ganze Krankengeschichte in allen ihren Details. Der Fall beweist, dass es Patienten giebt, welche den Larynxtubus auf unabsehbare Zeiten behalten müssen, ebenso wie es Kranke giebt, bei welchen man die Trachealcanüle nicht entfernen kann. Einen Nachtheil hat die Intubation vor der Trachealcanüle, dass erstere der steten Ueberwachung bedarf, und in dieser Beziehung ist es immer gefährlich, einen solchen Patienten nach Hause gehen zu lassen, wie es in diesem Falle geschah; eben deshalb macht man öfters die Tracheotomie noch nachher, wenn die Detubage nicht gelingt. Die grosse Toleranz des Larynx liess in diesem Falle die Tracheotomie aussetzen; es entstanden weder Erosionen, noch Oedem, noch Perichondritis; der Spasmus glottidis nach Entfernung des Tubus konnte ausgeschlossen werden; es muss Posticuslähmung angenommen werden, welche aber jedenfalls nicht mehr diphtheritischer Natur ist; da das Kind scrophulös ist und von tuberculösen Eltern abstammt, da der Hals mit Narben scrophulöser Geschwüre bedeckt ist, da bekanntlich nach Diphtheritis immer neue Ausbrüche der Tuberculose stattfinden, so muss man die Lähmung als Folge der Compression der Recurrentes durch angeschwollene Bronchialdrüsen annehmen.

Dr. P. K.

Chorditis vocalis inferior hypertrophica. Von Dr. A. Kuttner in Berlin. (Archiv für Laryngologie etc. 1896, Bd. V, pag. 275.)

Fall, ein 28jähriges, kräftiges, übrigens vollständig gesundes Dienstmädchen betreffend, bei der sich hin und wieder, namentlich zu der Zeit, wo die Wäsche im Haushalte erledigt wurde, meist nach kurzer Zeit wieder verschwindende, Heiserkeit einstellte. — Acht Wochen vor Eintritt in's Krankenhaus trat solche wiederum ein, die aber jetzt in Athemnoth überging und sich dergestalt steigerte, dass die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Die darauf folgende Laryngofission mit Entfernung ausgedehnter, keilförmiger Stücke aus den subchordalen Partien mit Messer und Thermocauter hatte nur vorübergehenden Erfolg. Sieben Monate nach Aufnahme in's Hospital erlag Patientin einer genuinen Pneumonie. Auf Grund eingehender Untersuchungen und Erwägungen aller hier in Betracht kommenden Momente glaubt K. den Schluss ziehen zu dürfen, dass man eine von Lues, Tuberculose,

Digitized by Google

Sclerom und jeder andern Nasenerkrankung unabhängige, genuine Form der Chorditis vocalis infer. hypertrophica anerkennen muss, die als Product einer ein- oder mehrmaligen, subacut verlaufenen Laryngitis aufzufassen ist. Das anatomische Substrat der Erkrankung besteht in einer Massenzunahme des mucösen und submucösen Bindegewebes, die sich hauptsächlich, wenn auch nicht ausschliesslich, in den subchordalen Partien findet. Auch das Epithellager zeigt an der erkrankten Stelle eine oft nicht unerhebliche Verbreiterung und ausgedehnte Metaplasien. Der ganze Process ist ein chronischer. Leichtere Grade der Erkrankung pflegen nur geringe oder auch gar keine Beschwerden hervorzurufen, die schweren Formen jedoch führen gelegentlich unter dem Einflusse eines, auch nur leichten, Catarrh's durch entzündliche Schwellung die erkrankten Theile zu plötzlicher, vollständiger Larynxstenose. Die Prognose ist in diesen Fällen ungünstig, denn wenn auch die Erstickungsgefahr durch rechtzeitige Tracheotomie überwunden wird, so gelingt es doch selbst der eingreifendsten Therapie kaum je eine Restitutio ad integrum herbeizuführen. Beschorner.

Pulsirendes Diverticulum der Speiseröhre. (Diverticule pulsatile de l'oesophage) Von Dr. Klemperer. (Société de médecine interne de Berlin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Entstand vor zwei Jahren an der Oesophagusseite; alle Nahrungsmittel füllen denselben an. Wenn die Kranken langsam essen können, so ist keine Complication zu befürchten. Leyden hat verschiedene ähnliche Fälle beobachtet und leitet den dabei bestehenden Husten von einer Reizung der peripheren Endigungen des Pneumogastricus ab. Dr. P. K.

Bildungsfehler des Oesophagus. (Vice de conformation de l'oesophage.) Von Dr. Funck-Brentano. (Bulletin d· la société anatomique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Das betreffende Kind lebte zehn Tage, starb dann unter den Symptomen einer Bronchopneumonie. Die Section ergab in einer Entfernung von 10 cm vom Munde einen Verschluss des Oesephagus; das unterhalb des Verschlusses sich befindende Stück der Speiseröhre mündete in die Bronchien. Der Magen war mit angefüllt, welche Thatsache die Brechanstrengungen in den letzten Tagen erklärt. Dr. P. K.

Ueber Kehlkopfschwindel. (Ictus laryngis.) (Plötzlicher Tod in einem Anfalle.) Von Dr. O. Schadewaldt in Berlin. (Archiv für Laryngologie etc. 1896, Bd. V, pag. 246.)

An die Mittheilung von sieben Fällen von Ictus laryngis, davon der eine mit plötzlichem Tode, im Gefolge eines Anfalles, endete, schliesst Sch. folgende Reflexionen an: Die typischen Erscheinungen, welche den Kehlkopfschwindel characterisiren, sind: Ein plötzlich auftretender Kitzel in der Kehlkopfgegend rufe Husten hervor, der von einer kurzen Bewusstlosigkeit gefolgt ist, welche den Anfall abschliesst, ohne Hinterlassung von Nacherscheinungen. Zur Erklärung

Digitized by Google

dieser, fast nur das männliche Geschlecht betreffenden Affection, hält Sch. zunächst die Annahme einer krankhaften Disposition für unentbehrlich und glaubt ein prädisponirendes Moment in der durch das Alter und arthritische Zustände bedingten Gefässalteration, sowie im chronischen Alcoholismus zu erblicken. Was den Mechanismus anlangt, so glaubt er, dass folgende Auffassung die richtige sei: Der Reiz des Laryngeus super. wirkt centripetal, er reizt das Exspirationscentrum und erzeugt die Hustenstösse; zugleich reizt er das Hemmungscentrum des Herzens und bewirkt Herzstillstand und hierdurch cerebrale Anämie und Bewusstlosigkeit (in dem einen Falle veranlasste er bleibende Herzlähmung und Tod). Beschorner.

Neue Trachealcanüle. (Nouvelle canule à trachéotomie.) Von Dr. Santi. (Société laryngologique de Londres, séance du 13. Mai und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 42.)

Die Canüle ist berechnet für Patienten, welche die Canüle immer tragen müssen und dabei genügend durch den Larynx ausathmen, aber ungenügend einathmen. Die Modification besteht in einem Ventil, welches das Einathmen durch die Canüle gestattet, sich aber beim Expirium schliesst und die Luft dann durch den Larynx zu gehen zwingt. Die Vorzüge solcher Canülen bestehen darin, dass die Patienten normal sprechen, ohne den Finger auf die Canüle zu halten, dass sie die Sputa direct durch Larynx und Mund, also normal aushusten, und dass sie ungestört Kragen und Halsbinde tragen können.

Dieselben Vortheile bietet die schon längst im Gebrauch stehende Broca'sche Canüle, welche einfacher construirt zu sein scheint. (Der Referent.) Dr. P. K.

Neue Versuche zur Photographie in den oberen Luftwegen. Von Dr. Th. S. Flatau in Berlin. (Archiv für Laryngologie etc. 1896, Band V, pag. 267.)

Versuch, ein möglichst einfaches Verfahren zu gewinnen, um manche noch schwebende Fragen aus der Physiologie der Sprache und Stimmbildung zu beantworten und um der Subjectivität der Beschreibung durch die Möglichkeit eines einfachen graphischen Beleges zu Hilfe zu kommen. Beschorner.

Ueber einen Fall von papillomatösen Wucherungen des Gaumens, des Pharynx und des Larynx bei einem 30 Monate alten Kinde. (Un cas de végétations papillomateuses de l'isthme du gosier, du pharynx et du larynx chez un enfant de deux ans et demi.) Von Dr. Delie. (Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 42.)

Symptome des ungenügenden Athmens. Allgemeinzustand normal. Die Anamnese der Mutter und eines älteren Bruders liessen auf Syphilis bei dem kleinen Patienten schliessen. Die gänzliche Heilung nach dem viermonatlichen Gebrauch progressiver Dosen von Jodtanninwein bestätigte die Diagnose. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein 18 Monate andauernder Mutismus. (Observation d'un mutisme ayant duré dix-huit mois.) Von Dr. Catrin. (Gazette des hôpitaux 1896, No. 37 und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 35.)

Kam bei einem zu einem Jahre Zuchthaus verurtheilten Soldaten vor. Heilung plötzlich während dem Electrisiren. Verf. frägt sich, ob er mit Hysterie oder mit einem hartnäckigen Simulanten zu thun hatte. Dr. P. K.

Ueber die Erscheinungen, die in der Schilddrüse nach Exstirpation der sie versorgenden Nerven auftreten. Von Dr. J. Katzenstein in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. 1896, Bd. V, pag. 285.)

Durch Reizungs- und Degenerations-Versuche an Thieren kam K. zu folgenden Ergebnissen: 1) Zwischen Schilddrüsen, deren zuführende Nerven electrisch gereizt sind und normalen ungereizten Schilddrüsen besteht histologisch kein Unterschied. 2) Bei Schilddrüsen, deren zuführende Nerven exstirpirt sind, wurden zwei Stadien der Degeneration beobachtet: In dem ersten trat sowohl bei ein- wie bei doppelseitiger Operation an beiden Schilddrüsen allmähliges Zugrundegehen der Epithelzellen ein, unter Umwandelung derselben in Colloid, das nicht so rasch in die Lymphbahnen abgeführt werden kann, wie es durch Zerfall der Epithelzellen entsteht; im zweiten Stadium trat sowohl bei ein- wie bei doppelseitiger Operation an beiden Schilddrüsen folgende Anordnung der zerstörten Epithelzellen auf: Durch ausgiebiges Zugrundegehen von grösseren Epithelzellenbezirken bildeten mehrere Follikel einen Hohlraum, in den die noch vorhandenen Epithelzellenconvolute als darmzottenähnliche Gebilde hineinragten. Von diesen Zellen kann Colloid nicht mehr gebildet werden. Beschorner.

Primäre Larynxtuberculose. Von Dr. E. Aronsohn in Ems-Nizza. (Archiv für Laryngologie etc. 1896, Bd. V, pag. 210.)

Dass es eine primäre Larynxtuberculose giebt, dafür bürgen die diesbezüglichen Erfahrungen einer grösseren Anzahl Autoren von reichem Wissen und Können, aus alter wie aus neuer Zeit, innerer Kliniker und Chirurgen, wie pathologischer Anatomen und Laryngologen aus deutschen wie auswärtigen Schulen. Dennoch ist die casuistische Literatur ausserordentlich spärlich, und sind deshalb Mittheilungen über gut beobachtete Fälle dankbar zu begrüssen. A. bringt dergleichen zwei, welche, wenn auch keine Autopsie gemacht ist, als einwandsfrei gelten müssen, zumal sie von vielen erfahrenen Aerzten gründlich und durch viele Jahre beobachtet worden sind. Diesen zwei Fällen fügt er noch einige zerstreut in der Literatur sich vorfindende hinzu und stellt schliesslich diejenigen in einer Tabelle zusammen, welche auch ohne anatomischen Befund jeder Kritik die Spitze bieten, welche jeden Verdacht auf eine Verwechselung oder Combination mit Lues ausschliessen und möglichst eine Controle von mehreren Aerzten durchgegangen sind und bittet in diesem Sinne weiter zu publiciren.

Beschorner.

Digitized by Google

Längliche Freilegung der Trachea als Palliativbehandlung bei Schilddrüsenkrebs. (Libération longitudinale de la trachée comme traitement palliatif dans le cancer du corps thyroide.) Von Dr. Adenot. (Dixième congrès français de chirurgie und Semaine médicale 1896, No. 53.)

Die symptomatische Behandlung in solchen Fällen ist die einzig anzurathende. Oesophagus und Trachea sind cuirassenförmig von dem bösartigen Tumor umschlungen. Die Tracheotomie hebt zwar die Dyspnoe, die Dysphagie und die intermittirenden und ausstrahlenden Schmerzen werden aber dadurch nicht gelindert. Verf. nahm in einem solchen Falle den vorderen Theil des die Trachea bedeckenden Tumors weg; die Trachea wurde dabei sorgfältig in einer Höhe von 6—7 cm blossgelegt. Der Effect war gross; Patientin lebte noch 8 Monate ohne Dyspnoe und ohne Dysphagie, sie starb an allgemeiner Carcinose.

Dr. P. K.

Functionelle Aphonie und varicöse Venen an der Zungenbasis. (Cas d'aphonie fonctionnelle et veines variqueuses de la base de la langue.) Von Dr. Herbert Tilley. (Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No 9.)

Die Venenvaricen wurden resultatlos behandelt. Verf. behauptet, dass die Venenerweiterungen der Zungenbasis gar keinen Einfluss auf die Larynxfunctionen ausüben. Hier trat Heilung durch Electricität und Tonica ein.

Dr. P. K.

Notiz.

Oesterreichischer Otologen-Tag.

Die Oesterreichische otologische Gesellschaft wird ihren

Otologen-Tag

in diesem Jahre

am 27. und 28. Juni in Wien

abhalten. Diejenigen Herren Collegen, welche einen Vortrag zu halten wünschen, werden ersucht, denselben beim Secretär der Gesellschaft, Herrn Dr. Joseph Pollack (I, Kärntnerstrasse 39) recht bald anzumelden, da das Programm der Sitzungen in der ersten Hälfte des Monats August versandt wird. Diejenigen Herren, welche als Mitglied in die Gesellschaft aufgenommen sein wollen, haben dies beim genannten Secretär oder einem anderen Mitgliede der Gesellschaft anzumelden.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.

Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. M. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. **Berlin, Juni 1897.** **No. 6.**

I. Originalien.

Aus der Ohrenklinik des Prof. Josef Gruber und der III. medicinischen Klinik des Hofrathes von Schrötter in Wien.

Pathologie der Luftdruckerkrankungen des Gehörorgans.

Von

DDr. **Ferdinand Alt, Richard Heller, Wilhelm Mager, Hermann von Schrötter.**

Seitdem die moderne Technik zu Tiefbauten unter dem Wasser verdichtete Luft verwendet, sind die Erkrankungen der Caissonarbeiter und Taucher bekannt; ebenso liegen zahlreiche Beobachtungen über schwere Schädigungen vor, denen Luftschiffer in bedeutenden Höhen ausgesetzt sind. Allen Autoren, die sich mit diesen Erkrankungen beschäftigten, mussten naturgemäss die Erscheinungen von Seiten des Gehörorgans in erster Linie auffallen, zumal schon physiologisch, ohne irgend welche dauernde pathologische Veränderungen, Sensationen ver-

Digitized by Google

schiedenster Art Seitens des Ohres sowohl in comprimirter, als in verdünnter Luft empfunden werden.

Während jedoch die Pathologie der Erkrankungen, welche den Organismus mit Ausnahme des Gehörorgans betreffen, eingehende Studien durch Beobachtungen an Kranken, pathologisch-anatomische Befunde, sowie durch Experimente erfahren hat, entbehrt die Pathologie der Affectionen des Gehörorgans, trotz zahlreicher und gewiss werthvoller Einzelbeobachtungen, jeder gründlichen, erschöpfenden Bearbeitung. Und dies hauptsächlich aus zwei Gründen: einerseits wurden für den ärztlichen Dienst bei den grossen Caissonbauten, welche in den letzten Decennien in allen Culturstaaten ausgeführt wurden, keine otiatrisch erfahrenen Aerzte herangezogen, andererseits stand jenen Ohrenärzten, die diesen Erkrankungen Aufmerksamkeit zuwandten, kein genügendes Krankenmaterial zur Verfügung, und es war ihnen nicht Gelegenheit geboten, ihre Beobachtungen durch Thierversuche zu verificiren.

Seit mehr als zwei Jahren hatten wir, als Vertreter der Kliniken Prof. von Schrötter und Prof. Josef Gruber, Gelegenheit, mit officieller Unterstützung bei den grossen Caissonbauten in Nussdorf bei Wien die Gesundheitsverhältnisse der daselbst verwendeten Arbeiter kennen zu lernen, die auftretenden Krankheitserscheinungen einem eingehenden, klinischen Studium zu unterziehen und eine grosse Reihe von Thierversuchen in einer zu diesem Zwecke construirten Druckkammer und im Senkkasten selbst auszuführen. Hierbei wurde den Affectionen des Gehörorgans eine ebenso sorgfältige Untersuchung und Beobachtung zu Theil, wie den Erkrankungen anderer Organe.

Bevor wir nun zur Besprechung der Luftdruckerkrankungen des Gehörorgans schreiten, ist es nothwendig, das physiologische Verhalten desselben unter veränderten Luftdruckverhältnissen zu schildern.

Der steigende Luftdruck, wie er sich während des Einschleusens in einen Caisson, sowie beim Tauchen in den Scaphanderapparat geltend macht, bringt, zumal wenn man sich das erste Mal unter Druck begiebt und nicht entsprechende Vorsicht anwendet, in der grössten Zahl der Fälle geringe oder selbst schmerzhafte Beschwerden für das Gehörorgan mit sich. Wir müssen jedoch hervorheben, dass man sich unter günstigen Umständen unter Druck begeben und aus demselben in den normalen Luftdruck wieder zurückkehren kann, ohne dass sich irgend welche deutliche Sensationen im Ohr bemerkbar machen. Dies gilt sowohl für geringere, als auch für grössere Druckzunahmen, wobei wir über Erfahrungen bis zu nahezu 3 Atmosphären Ueberdruck verfügen. Die Bedingung hierfür ist nur, vollkommen durchgängige Tuben vorausgesetzt, dass die zeitliche Druckzunahme resp. Abnahme eine ganz allmähliche ist. Aber dieses „allmählich" ist für den Einzelnen sehr verschieden. Während z. B. der Eine im Verlaufe einer Compressionszeit von 15 Minuten auf 1,5 Atmosphären Ueberdruck keinerlei unangenehme Sensationen empfindet, macht sich bei einem Anderen schon ein merkliches Druckgefühl in den Ohren bemerkbar. Die individuelle Verschiedenheit in dieser Beziehung ist gross, eine gewisse untere Grenze lässt sich jedoch für das gesunde Ohr mit einiger Sicherheit angeben; es dürfte dies die Zeit von $1^1/_2$ Minuten für je $^1/_{10}$ A. D.[1]) sein.

[1]) A. D. = Atmosphären-Ueberdruck.

Digitized by Google

Dieser Mangel jedes deutlichen Reactionsgefühls von Seiten der Ohren während der Compressionszeit kommt jedoch nur ausnahmsweise vor und ist wohl nur in den seltensten Fällen realisirt.

Erfolgt die Druckzunahme rascher, so verspürt man, und zwar der Einzelne in verschiedener Stärke, ein deutliches Druckgefühl in den Ohren, welches man direct als Impressionsgefühl bezeichnen kann. Man hat die Empfindung, als ob das Trommelfell einwärts gedrängt würde, und versucht fast unwillkührlich durch Schlingbewegungen dieses Druckgefühl zu beheben. Es gelingt dies bei nicht allzu rascher Compression sofort. Erfolgt dieselbe schneller, so kommt man gleichsam nicht nach; das Druckgefühl hält bis zum Erreichen des maximalen Druckes an und schwindet erst mit diesem. Dem geschilderten Zustande kann man aber noch immer vorbeugen, wenn man den Valsalva-schen Versuch ausführt.

Die Angaben, welche sonst über unangenehme Sensationen seitens des Ohres gemacht werden, sind verschieden. Die Einen sagen geradezu, dass die Luft nicht rasch genug in's Ohr hinein könne; Andere wieder, dass sie das Gefühl hätten, als ob von aussen auf das Ohr gedrückt würde; Manche sprechen von einem Gefühl von Dumpfheit und Schwere im Ohre; Manche verspüren ein Sausen und Rauschen in demselben. Während des Einschleusens treten verschiedene Geräusche im Ohre auf, deren Entstehungsort in der Tuba zu suchen ist. Die Geräusche gleichen jenen, wie sie bei der Application der Luftdouche empfunden werden. Sie können schlürfende, knisternde oder rauschende sein. Meist sind sie während oder nur kurze Zeit nach Anwendung des Valsalva'schen Versuches bemerkbar, manchmal überdauern sie denselben auch einige Zeit. Wenn die Tubenpassage durch reichlich angesammelten Schleim behindert ist und plötzlich frei wird, kommt es zu einem kurzen, knallähnlichen Geräusch.

Während man sich unter diesen Sensationen einschleust, zeigt der Spiegelbefund meist keine Veränderung. In jenen Fällen jedoch, wo das Druckgefühl stärker war, kann man öfters eine deutliche Injection der Hammergefässe oder eine diffuse, rosarothe Injection der gesammten Membran nachweisen; ferner sieht man, wie der Lichtreflex in seiner Form geändert wird, vollständig schwindet oder an anderen Stellen wieder auftritt.

Bleibt nun der Druck stationär, so hört mehr minder rasch, oft mit einem Schlage, jegliche unangenehme Sensation auf, nur das Gefühl von Dumpfheit, das Gefühl eines vermehrten Widerstandes im Ohre wird in der Mehrzahl der Fälle, besonders von Ungewohnten, wahrgenommen. Ein Gefühl von Bewegung des Trommelfells, wie dies Mach und Kessel bei starker Luftdruckschwankung im geschlossenen Raum beobachteten, konnten wir bei den Luftdruckschwankungen, wie sie gewöhnlich im Caisson vorkommen, nicht wahrnehmen. Auch die von Magnus in einem Falle beobachtete Undulation des Trommelfells konnten wir nicht sehen.

Otoscopisch sind während des Aufenthaltes unter stationärem Druck in der Mehrzahl der Fälle keinerlei Veränderungen wahrzunehmen, mit Ausnahme einer hier und da auftretenden Injection der Hammergefässe.

Die Hörschärfe in comprimirter Luft erleidet keine Veränderung

Digitized by Google

und ist derjenigen gleich, wie sie vor dem Einsteigen in die Kammer erhoben wurde. Nur während der geschilderten unangenehmen Sensationen beim Einschleusen stellt sich vorübergehende Abnahme der Hörschärfe ein; gleich nach Ausführung eines gelungenen Valsalvaschen Versuches tritt normales Hörvermögen ein. Smith und Clark, sowie Pol geben an, dass man im Caisson schlechter höre, man müsse schreien, um sich verständlich zu machen. Dies ist gewiss nicht der Fall. Flüstersprache und Conversationssprache werden unter Druck ebenso gehört, wie ausserhalb des Caissons, das Ticken der Uhr wird aus derselben Distanz, vielleicht bei der absoluten Ruhe sogar aus einer grösseren Entfernung vernommen; giebt ja Magnus an, dass die Schallleitung in comprimirter Luft eine bessere ist und dass wir gleiche Töne besser hören, vorausgesetzt, dass wir das Trommelfell nicht in einen fehlerhaften Zustand gesetzt haben. Wohl wird aber die Klangfarbe von Tönen, sowie die Intensität des Schalles unter erhöhtem Druck geändert; dies hat jedoch seinen Grund nicht in geänderter Perceptionsfähigkeit des Ohres, sondern in den Veränderungen, welche die Töne selbst bei ihrer Erzeugung in verdichteter Luft und im abgeschlossenen Raum erleiden.

Ebenso wird die Stimme in ihrer Klangfarbe geändert, sie erhält einen näselnden, vorwiegend metallischen Beiklang. Diese Veränderung tritt um so mehr hervor, je höher der Druck ansteigt, so daß sie bei 2,5 A. D. nahezu einen silberhellen Metallklang hat. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Stimme meist erst bei 0,5 A. D. auffallend verändert klingt, und zwar erscheint sie nicht nur einem zweiten Beobachter deutlich alterirt, sondern man empfindet selbst diese Veränderung, die man geneigt wäre, einer Störung der Perceptionsfähigkeit des Gehörorgans zuzuschreiben.

Sehr wechselnd sind die subjectiven Angaben während des Ausschleusens. Die Arbeiter schildern ihre Empfindungen häufig in der Weise, dass sie sagen: Es wird einem im Ohre leichter, die Pression geht ihnen heraus etc. Manchmal macht sich auch während der Decompression anhaltend oder vorübergehend Dumpfheit oder Taubheitsgefühl im Ohre geltend, welches meist schwächer ist als dasjenige, welches man bei der Compression wahrgenommen hat.

Neben diesen Eindrücken vernimmt man häufig Geräusche, die als knisternde und „knacksende“ geschildert werden, ein Crepitationsgeräusch von austretenden Luftblasen, die aus dem Mittelohre in den Rachen entweichen, das man passend mit dem Ausdruck „Blasenspringen“ bezeichnen kann. Auch hierin sind wieder verschiedene Abstufungen möglich, häufig fehlt es auch ganz.

Dass es während einer entsprechenden Decompression nicht zu einer Störung der Gehörsperception kommt, ist nach dem früher Mitgetheilten verständlich. Während einer raschen Decompression ist das Ohr gleichzeitig mit dem subjectiven Taubheitsgefühle unterempfindlich für Schalleindrücke, obwohl man auch hierbei, was wenigstens die Vorgänge im Caisson anbelangt, von der Störung durch das starke Rauschen der abströmenden Luft abstrahiren muss. Bei dem rasch an die Oberfläche zurückkehrenden Taucher wird das Hörvermögen während des Druckabfalles stärker beeinflusst werden können; auch geben die Taucher

Digitized by Google

an, nach sonst beschwerdelosem Tauchen durch einige Zeit weniger gut zu hören. Nach seinen Erfahrungen sagt Koch über die Sensationen nach dem Tauchen: Die meisten Taucher haben von der II. Stufe ab ein Gefühl von Dumpfheit und Taubsein in beiden oder auch nur in einem Ohre. Dieses Gefühl dauert gewöhnlich nur einige Stunden, Anfangs länger, später immer kürzer, kann auch mehrere Tage anhalten. Es ist den Leuten, als ob Wasser im Ohre wäre und sie stecken den Finger in den Gehörgang und schütteln, wie sie es von der Badeanstalt her gewohnt sind. Manche Taucher kennen das Gefühl überhaupt nicht, andere verlieren es mit den Uebungen. Es ist selten von Sausen und Klingen begleitet.

Die Spiegeluntersuchung während der Decompression bietet, worauf auch schon Magnus aufmerksam gemacht hat, Schwierigkeiten in Folge des Freiwerdens von Wasserdampf bei absinkendem Druck und des damit verbundenen Temperaturabfalles. Es bildet sich oft ein so dichter Nebel, dass trotz Anwendung von electrischem Licht eine genügende Betrachtung des Trommelfells nicht möglich ist. In der Sanitätsschleuse, in welcher wir die Decompression noch langsamer bewerkstelligten, wie auch zeitweise unterbrechen konnten, um den Wasserdampf der Hauptmasse nach zum Schwinden zu bringen, gelingt die Otoscopie ganz gut. Ohne Weiteres ausführbar ist sie während der Druckabnahme im Luftballon. Sie zeigt in den meisten Fällen eine geringere oder ausgebreitete Injection der Membran. Eine ausgesprochenere Auswärtswölbung des Trommelfels konnten wir nicht wahrnehmen. Es ist aber damit nicht gesagt, dass sich eine solche bei raschem Druckabfall, insbesondere bei behinderter Tubendurchgängigkeit, nicht ausbilden kann, wie wir dies aus der Beobachtung pathologischer Fälle schliessen dürfen. — Wenn wir die gesammten Erscheinungen bei der Decompression zusammenfassen, so müssen wir sagen, dass die Decompression für das Ohr zweifellos viel weniger unangenehm empfunden wird als die Compression. Der Druckausgleich im Mittelohr vollzieht sich unbewusst und ohne unser Zuthun, entschieden werden aber tiefe Inspirationen hierbei angenehm empfunden und erleichtern den Austritt der Luft aus der Tube.

Bei all' den geschilderten Sensationen müssen individuelle Verschiedenheiten in Bezug auf Empfindlichkeit des Gehörorgans berücksichtigt werden. Am unempfindlichsten wird naturgemäss derjenige sein, für den es keine Druckdifferenz zwischen Mittelohr und äusserem Gehörgang giebt, bei jenem also, der mit einer grossen Perforation oder Destruction des Trommelfells behaftet ist.

Ferner findet mit der Zeit eine gewisse Angewöhnung an die Effecte der Druckerhöhung statt, die sich darin äussert, dass das Ohr einerseits überhaupt weniger empfindlich wird und andererseits der Ausgleich der Druckdifferenz leichter zustande kommt, indem, wie es scheint, nicht blos eine gewisse Erweiterungsfähigkeit der Tube, sondern auch eine bleibende Dilatation derselben durch den oft wiederholten Mechanismus des Eintritts der comprimirten Luft sich ausbildet, eine Vermutung, die auch von Vivenot jr. und anderen Autoren ausgesprochen wurde.

Der Einfluss individueller Verschiedenheit wird vor Allem auch

Digitized by Google

aus den Angaben ersichtlich, die von Beobachtern im Luftballon gemacht werden. Hier sind die absoluten Luftdruckdifferenzen ungleich geringer, als sie bei der Arbeit in verdichteter Luft in Frage kommen und es werden sich daher hier für Druckschwankungen empfindliche Ohren von weniger empfindlichen deutlicher unterscheiden. Man hat im Ballon beim Aufstieg, wie beim Fallen die gleichen Sensationen im Ohre; nur die Intensität derselben macht sich verschieden geltend, je nachdem der Ballon rascher oder langsamer die einzelnen Luftschichten durcheilt. Aus den Berichten der meisten Luftschiffer geht hervor, dass dieselben während der Fahrt verschieden starke Beschwerden angeben. Meist wird das Gefühl von Druck in den Ohren, leichtes Sausen, sowie Beeinträchtigung des Hörvermögens empfunden, wenn der Ballon in Bewegung ist, sämmtlich Beschwerden, die spontan oder von einigen Schlingbewegungen unterstützt schwinden, sobald der Ballon ins Gleichgewicht gekommen ist. Genaue diesbezügliche Beobachtungen konnten wir auf einer Ballonfahrt bis zu einer Höhe von 3100 m ermitteln.

Nach den Erörterungen über das physiologische Verhalten des Gehörorgans unter verändertem Luftdruck gelangen wir nun zur Besprechung der Umstände, welche Luftdruckerkrankungen des Gehörorgans mit dauernden pathologischen Veränderungen herbeiführen. Nach der Aetiologie können wir dieselben in zwei Hauptgruppen eintheilen, erstens in Affectionen, welche durch das mechanische Moment der nicht ausgleichbaren Druckdifferenz zwischen Mittelrohr und umgebendem Raum bedingt sind und zweitens in Erkrankungen, welche nach rascher Decompression durch Gasembolien herbeigeführt werden.

Wir haben eingangs darauf hingewiesen, dass die unangenehmen Sensationen beim Einschleusen schwinden, wenn ein Ausgleich der Druckdifferenz zwischen Mittelohr und umgebendem Raum spontan, durch den Schlingact oder den Valsalva'schen Versuch gelingt. Ist dieser Ausgleich behindert, dann ist das Gehörorgan von schweren Schädigungen bedroht und es können alle jene Affectionen auftreten, die wir unter dem Capitel der mechanischen Compressionserscheinungen zusammenfassen. Wenn die Wegsamkeit des Tubencanals durch Schwellung der auskleidenden Schleimhaut, durch Secretansammlung, durch Verlegtsein des Ostium pharyngeum tubae beeinträchtigt ist, wird die verdichtete Luft in das Mittelohr nicht so rasch eindringen können, dass das aerostatische Gleichgewicht für das Gehörorgan hergestellt wird. Im Gehörgange herrscht ein Ueberdruck, während im Mittelohr der Druck nur 1 Atmosphäre, ja mitunter von weniger als 1 Atmosphäre beträgt, da ja mit behinderter Tubenpassage gewöhnlich eine Luftverdünnung im Mittelohr einhergeht. Hierdurch ist ein negativer Druck im Mittelohr bedingt, es wird das Trommelfell nach innen gedrängt, die Kette der Gehörknöchelchen straff nach innen gespannt und ihrer Schwingbarkeit theilweise verlustig, die Blutgefässe finden einen Ort geringeren Widerstandes, sie erweitern sich mächtig (Hyperaemia ex vacuo). Die Saugwirkung erstreckt sich auch auf die Gefässe der Tubenschleimhaut und diese selbst, es kommt zu einem completen Tubenverschluss; der Abfluss des Blutes ist durch den Druck, unter dem die umgebenden Organe stehen, behindert, es kommt zu Stauungshyperaemie der Trommelhöhlenauskleidung. Allein nicht nur im Mittel-

Digitized by Google

ohr, sondern auch im Labyrinth kommt es zur Stauungshyperaemie. Durch die von Politzer und Bezold ausgeführten manometrischen Untersuchungen ist es erwiesen, dass bei Verdichtung der Luft in der Trommelhöhle eine Drucksteigerung im Labyrinth, bei Verdünnung der Luft in der Trommelhöhle eine Druckverminderung im Labyrinth eintritt. Wenn demnach im Mittelohr ein negativer Druck herrscht, kommt es auch im Labyrinth zu einem negativen Druck und consecutiv unter den obwaltenden Verhältnissen zur Stauungshyperaemie, zumal Gefässverbindungen zwischen dem Mittelohr und dem Labyrinth durch die die beiden Abschnitte trennende Knochenwand stattfinden. Diese durch den negativen Druck bedingte Stauungshyperaemie kann bei dem Umstande, als die umgebenden Organe unter hohem Druck stehen, zur Stase, Transsudation und sogar zur Blutung führen.

Den completten Tubenverschluss führen wir, wie oben geschildert, auf die Saugwirkung zurück, welche sich auf die Gefässe der Tubenschleimhaut erstreckt, im Gegensatze zu Koch, der annimmt, dass der rasch ansteigende Druck im Nasenrachenraum direct die Tube seitlich comprimirt und die Mündung noch fester verschliesst.

Ausser der behinderten Tubenwegsamkeit ist noch als unterstützendes Moment für das Zustandekommen der pathologischen Veränderungen im Compressionsstadium der zu rasche Druckanstieg anzuführen, id est, wenn die zeitliche Druckzunahme nach unseren Erfahrungen für je 0,1 A. D. rascher als in $1^1/_2$ Minuten erfolgt.

Dies gilt namentlich für Taucher, die nach Koch gegen die bestehende Instruction, für je 2 m Sinken oder Steigen mindestens eine Minute Zeit zu gebrauchen, sich rasch in die Tiefe begeben.

Ein zweiter Umstand ist die individuelle Ungeschicklichkeit oder Unmöglichkeit, durch den Valsalva einen Druckausgleich zu erzielen. Der letztere Factor kommt beim Helmtauchen ohne Nasenklemme, ferner beim Nackttauchen, wie es noch jetzt unter den Perlenfischern betrieben wird, in Betracht.

Aus dieser Darlegung der ursächlichen Momente für das Zustandekommen der pathologischen Veränderungen ergeben sich die Formen der im Compressionsstadium auftretenden und objectiv nachweisbaren Ohraffectionen.

In den leichtesten Fällen kommt es zur Retraction des Trommelfells mit Injection der Hammergefässe und mehr weniger ausgeprägter dunkelblauroter bis violetter Verfärbung der Membran. Als schwere Folgeerscheinung der Stase treten Ecchymosen des Trommelfells, sowie Blutung in die Paukenhöhle auf. Rupturen der Membrana tympana können besonders leicht dann zu Stande kommen, wenn dieselbe atrophische oder dünne narbige Stellen aufweist. Schliesslich muss in diese Kategorie die Myringitis acuta eingereiht werden, welche durch den hohen, lange anhaltenden Druck, der auf dem zarten Trommelfell lastet, sowie durch Zerrung desselben bedingt sein dürfte.

Es wäre discutirbar, ob die von uns beobachteten Fälle von Otitis media suppurativa acuta als intercurrirende Erkrankungen aufzufassen sind, oder aber im Sinne von François, Smith und Koch dadurch entstehen, dass etwas von dem in oder vor der Tubenmündung gelegenen Schleim durch den stärkeren Druck im Nasenrachenraum in das Mittel-

Digitized by Google

ohr geschleudert wird. Wir neigen uns mehr der Anschauung zu, diese acuten eitrigen Processe als zufällig aufgetretene zu bezeichnen, zumal entzündliche Ohraffectionen bei Leuten, die unter ungünstigen äusseren Verhältnissen arbeiten, nicht als etwas Ungewöhnliches zu betrachten wären. Die Sensationen, welche als Begleiterscheinungen dieser pathologischen Veränderungen im Compressionsstadium auftreten, werden in verschiedenster Art von den Arbeitern geschildert. So wird angegeben: Ich brachte „die Pression" nicht heraus (beim Valsalva die Luft nicht durch) und musste, da ich grosse Schmerzen, wie Schnitte mit einem Messer im linken Ohre empfand, viermal Halt rufen (damit der Hahn des Luftzuleitungsrohres abgesperrt werde). Ein Zweiter klagt über Druckgefühl und Sausen im Ohre, dann über heftigen Schmerz, ein Dritter über Reissen und Stechen im Ohre, das sich bis in die Zähne fortsetzt, ein Vierter sagt, es war mir, als ob man mir ein Holz in's Ohr getrieben hätte etc. Hierzu kommen noch die Angaben der Arbeiter über Blutung aus dem Ohre und aus der Nase, sowie über Abgang von gestocktem Blute beim Räuspern und Schnäuzen.

Während des Aufenthaltes in verdichteter Luft unter stationärem Druck können primär keine Laesionen des Gehörorgans auftreten; es hören ja, wie wir oben geschildert haben, die unangenehmen Sensationen, welche man während des Einschleusens empfunden hatte, vollständig auf. Wohl aber können Affectionen, die schon während des Compressionsstadiums aufgetreten waren, gesteigert werden, wenn man trotz der Ohrenbeschwerden, die verdichtete Luft nicht verlässt und wie z. B. die Arbeiter noch einige Stunden daselbst zubringt. Zu den Erkrankungen der ersten Hauptgruppe, welche durch mechanische Momente bedingt sind, gehört nur ein kleiner Theil der durch die Decompression herbeigeführten Affectionen, während der weitaus grössere Theil der Decompressionserkrankungen in die Gruppe der durch Gasembolie bedingten Laesionen eingereiht werden muss und somit mit derselben zeitlich nicht zusammenfällt.

Die Pathologie der ersteren Gruppe ergiebt sich aus folgender Erwägung. Wenn das Compressionsstadium und die Zeit des Aufenthalts in verdichteter Luft ohne jede Schädigung ablief und nun die Decompression in unzweckmässiger Weise, also zu rasch vor sich geht, kann es vorkommen, dass der Austritt der verdichteten Luft aus dem Mittelohr relativ zu langsam erfolgt und demnach im Cavum tympani ein höherer Druck herrscht als im Gehörgang. Eine zu rasche Decompression kommt namentlich bei Tauchern vor, welche nach Koch in jedem Augenblick im Stande sein müssen, schnell an die Oberfläche zu kommen. Dieses selbstständige Hochkommen, das durch Aufblasen des Anzuges bewirkt wird, wird daher sorgfältig geübt. So werden meist 30—40 Secunden gebraucht, um aus 10 m Tiefe an die Oberfläche zu gelangen. Wie sehr unzweckmässige, zu rasche Decompression schon mechanisch gefährlich werden kann, ersehen wir aus der Angabe von François (Kehler Rheinbrücke 1859, erster Caissonbau), dass die Ohrenschmerzen beim Entschleusen noch schlimmer seien, als beim Steigen des Druckes; auch sollen wiederholt Blutungen aus dem äusseren Gehörgange von den Arbeitern nach dem Entschleusen bemerkt worden sein.

Digitized by Google

Die pathologischen Veränderungen, welche mechanisch durch die zu rasche Decompression herbeigeführt werden, sind: Vorwölbung des Trommelfells mit starker Injection desselben, Hämorrhagien am Trommelfell und im Gehörgange und Rupturen der Membrana tympani.

Immerhin stellt die nur einigermaassen vorsichtig ausgeführte Decompression den mechanisch viel weniger schädlichen Act dar; die Klagen der Arbeiter über subjective Beschwerden seitens des Gehörorgans sind analoge, wie im Compressionsstadium, nur sollen die Sensationen viel mildere sein.

Wir haben in diesen Ausführungen das Auftreten der Decompressionserscheinungen an Gehörorganen geschildert, die während der Compression keinerlei Schaden gelitten haben. Es ist aber selbstverständlich, dass die Decompression um so leichter pathologische Veränderungen an Gehörorganen hervorrufen kann, die schon während der Compression eine Schädigung erfuhren. So kommt es, dass wir die in diesen beiden verschiedenen Stadien erzeugten Veränderungen neben einander und mit einander combinirt zu beobachten Gelegenheit haben, und darauf ist es ferner zurückzuführen, dass viele Autoren nicht gleichzeitig aufgetretene Läsionen irrthümlich als gleichzeitig entstanden auffassen.

Die zweite Gruppe der Decompressionserkrankungen ist, wie wir heute annehmen müssen, durch Gasembolien bedingt. In diese Kategorie gehören die schwersten Affectionen des Gehörorgans.

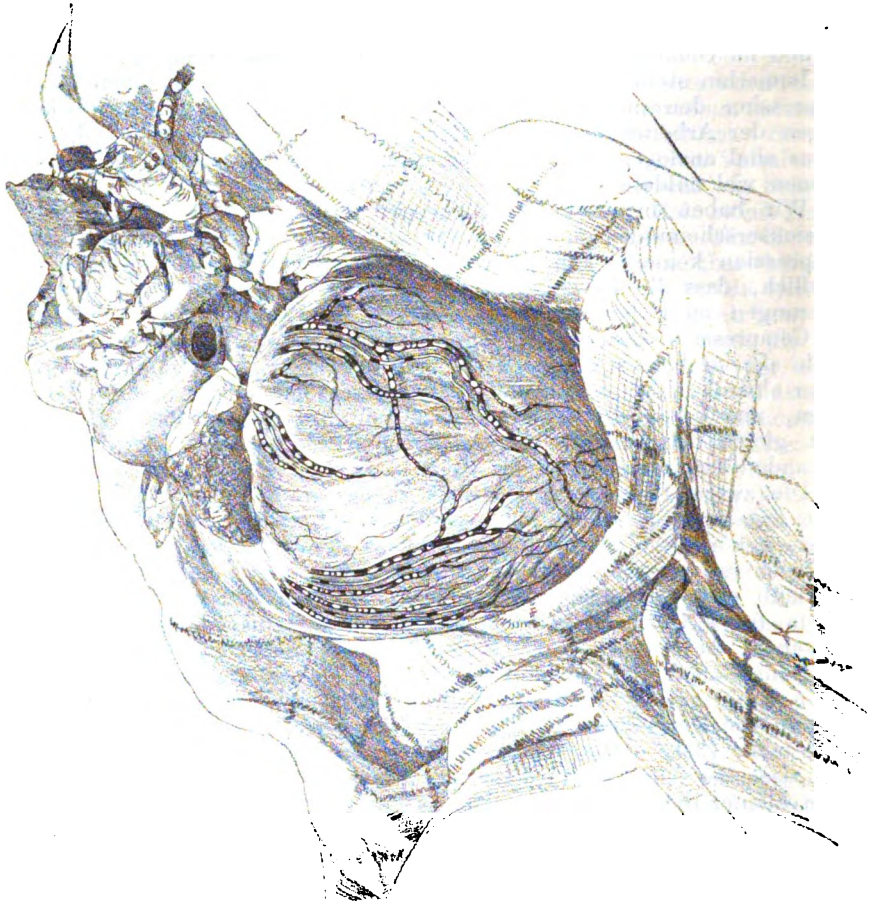
Nach rascher Decompression, deren Dauer für den einzelnen Fall innerhalb einer gewissen unteren Grenze schwankt, tritt im Gefässsystem freies Gas auf. Dieses Gas verdankt seinen Ursprung dem Umstande, dass während des Aufenthaltes in comprimirter Luft von der Lunge mehr Gas, entsprechend dem höheren Partialdrucke desselben, aufgenommen wird und im Blute vorzugsweise absorbirt kreist. Ist nun die Decompression eine zu rasche, das heisst hat die Lunge nicht mehr Zeit, das absorbirte Gas durch Athmung abzugeben, so wird dasselbe aus den Körpersäften, vorzugsweise aus dem Blute in Form kleiner Bläschen frei, es kommt in den Venen mehr zur Bildung grösserer und kleinerer Gasbläschen, während in den Arterien die Blutsäule durch freies Gas stellenweise ganz verdrängt ist und so durch Gasindices unterbrochen erscheint. Hierdurch werden nun dieselben Momente obwalten, wie nach der künstlichen Eintreibung von Luft in das Gefässsystem.

Diese von Hoppe-Seyler, P. Bert und seiner Schule auf Grund eines reichen, experimentellen Materials nachgewiesenen Thatsachen fanden in unseren Versuchen eine vollkommene Bestätigung.

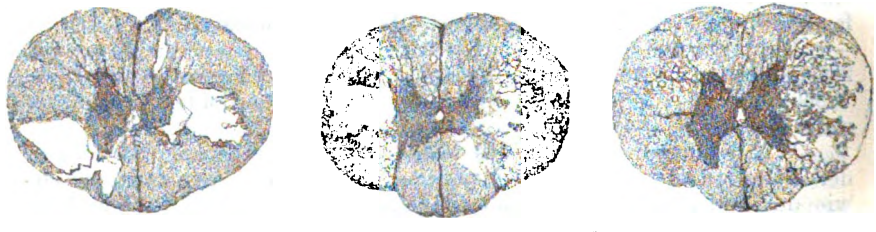
Die Analyse des aus dem Blute frei gewordenen Gases ist seiner Zusammensetzung nach fast ausschliesslich Stickstoff, was darauf hinweist, dass das Blut des lebenden Thieres unter erhöhtem Luftdruck mehr Stickstoff absorbirt.

Wir können hier nicht des Näheren auf die schweren Störungen der Function des Centralnervensystems, des Herzens, der Lungen, sowie der anderen inneren Organe eingehen, die selbst von letalem Ausgange gefolgt sind, und verweisen zur diesbezüglichen Orientirung auf die folgenden, nach der Natur gezeichneten Abbildungen.

Digitized by Google



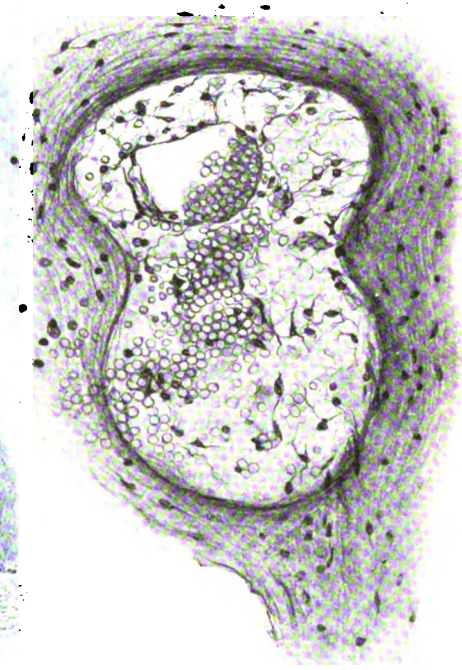
Freie Gasblasen in den Gefässen des Herzens (Hund).



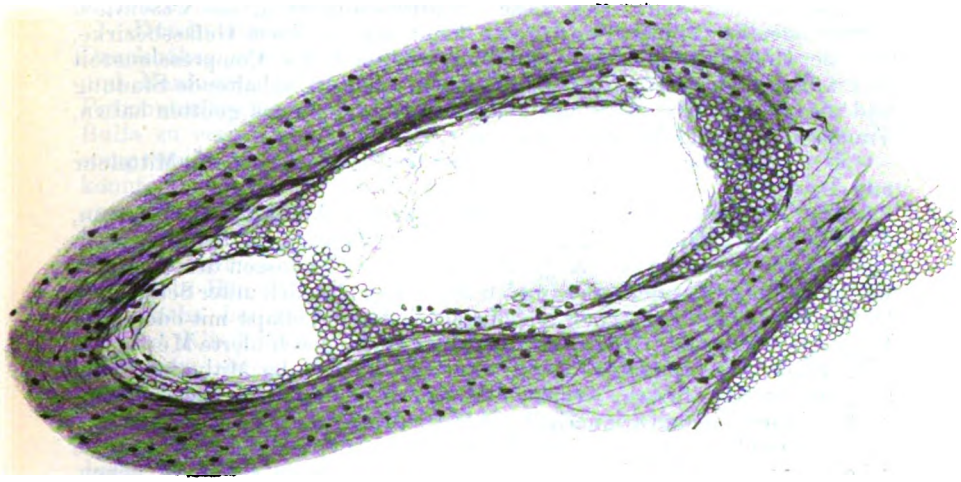
Necrotische Herde im Rückenmark (Hund).

Digitized by Google

Blutung in die Schnecke (Meerschweinchen).



Blutung in den Bogengang (Meerschweinchen).



Blutung in den Bogengang (Meerschweinchen).

Digitized by Google

Die Läsionen, welche das Gehörorgan durch Gasembolie erleidet, sind folgende: Wie andere Theile des Centralnervensystems, so können auch die centrale Hörbahn, der Hörnerv und seine Endausbreitung durch ungenügende Ernährung infolge des im Gefässsystem kreisenden Gases rasch Schaden erleiden; die Ischämie und Anämisirung der betreffenden Theile des Schall empfindenden Apparates kann eine so vollständige werden, dass vorübergehende Störung der Function, oder durch multiple herdweise Necrose dauernde, irreparable Affectionen zustande kommen.

Allein noch ein zweiter wichtiger Umstand kommt beim Gehörorgane, und nur bei diesem im Gegensatz zu allen anderen Organen, in Betracht. Zahlreiche von uns ausgeführte Untersuchungen haben ergeben, dass der Blutdruck während der Compression und unter bedeutend erhöhtem Druck (bis 4,5 Atmosphären Ueberdruck) nahezu unverändert bleibt, hingegen ein Anstieg des Blutdruckes während oder mehr minder rasch nach der Decompression erfolgte. Die Blutdrucksteigerung nach einer raschen Decompression beträgt ca. 50 mm Steigerung nach dem Druckabfall.

Dieses Ansteigen des Blutdruckwerthes nach der Decompression haben wir uns durch das Vorhandensein von freien Gasblasen zu erklären, durch welche für die Circulation Widerstände gesetzt werden, indem der Durchtritt des Blutluftgemisches insbesondere durch die engen Bahnen der Capillaren eine vermehrte Arbeitsleistung, vor allem des linken Herzens beansprucht. Dass dieselbe nicht gleich nach der Decompression, sondern erst nach einigen Minuten deutlich wird, hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass es erst einiger Zeit bedarf, bis die im Beginne feinen Bläschen anwachsen, sich sammeln und dadurch erst die Fortbewegung des Blutes mehr und mehr erschweren. Diese Drucksteigerung ist jedoch in verschieden kurzer Zeit von einem bedeutenden Absinken des Blutdruckes gefolgt.

Es ist nun klar, dass diese Blutdrucksteigerung als wesentlich unterstützendes Moment hinzutreten kann, um in einem Gefässbezirke, wo die Gefässwände durch eventuell während der Compressionszeit und während des Aufenthaltes in verdichteter Luft anhaltende Stauung und die damit verbundene mangelhafte Ernährung stark gelitten haben, Transsudation oder Blutung erzeugen.

Der von diesen Läsionen bedrohte Gefässbezirk betrifft Mittelohr und Labyrinth.

Die Erscheinungen, unter welchen diese Erkrankungen auftreten, sind folgende: Die Arbeiter werden bei vollständigem Wohlbefinden entschleust. Verschieden lange Zeit nach dem Verlassen des Caissons, wenige Minuten bis mehrere Stunden, kommt es plötzlich unter Schwindel, Ohrensausen und Erbrechen zu einem schweren Collaps mit oder ohne Bewusstseinsstörung. Gleich im Anschluss an die geschilderte Ménière'sche Trias tritt complete Taubheit auf und je nach der Mitbetheiligung anderer Organe ein sehr wechselndes Krankheitsbild. Die ganzen Symptome folgen einander innerhalb weniger Minuten.

Während des Krankheitsverlaufes können noch folgende Symptome erhoben werden. Die Kranken sind nicht im Stande, allein zu gehen, sie taumeln wie Trunkene hin und her, haben beim Stehen mit ge-

Digitized by Google

schlossenen Augen starken Schwindel, ebenso beim Umkehren, das Stehen auf einem Beine ist ihnen unmöglich, sie klagen über Rauschen und Sausen in den Ohren. In einer gewissen Zahl von Fällen geht die nahezu complete Taubheit auf einem Ohre oder auch auf beiden Ohren binnen wenigen Tagen bis zu einem gewissen Grade zurück. Für diese Fälle kann man wohl nicht eine ausgedehnte Blutung in den schallempfindenden Apparat, sei es Labyrinth oder central gelegene Theile, annehmen, wohl aber eine vorübergehende Ischämie derselben. Dauernde Taubheit muss wohl auf Blutung, Zerstörung oder auf primäre Necrose des nervösen Apparats bezogen werden.

Aus der Literatur sind uns zahlreiche Fälle von Labyrintherkrankungen bei Caissonarbeitern bekannt, die alle kürzere oder längere Zeit nach dem Verlassen des Senkkastens auftraten. Je ein Fall von Moos, Gruber, Eckert, mehrere Fälle von Pol und Watelle, Gal, Gerard, Catsaras, Hugh Snell, hierzu kommen die schon im Vorjahre von uns veröffentlichten drei Fälle von apoplectiformen Labyrintherkrankungen bei Caissonarbeitern, zu denen in unserer weiteren Beobachtungszeit noch neun Fälle mit Ménière'schem Symptomencomplex hinzutraten.

Wir wollen hier nicht des Näheren auf die zahlreichen Thierversuche eingehen, die wir in einem eigens zu diesem Zweck construirten Apparate, im Caisson, sowie in der Sanitätsschleuse ausführten, zumal deren ausführliche Besprechung an anderer Stelle erfolgt. Die Versuche wurden hauptsächlich in einem Apparat angestellt, einem cylindrischen, ca. 16 cm^3 fassenden Raum, in welchen durch Dampfmaschinen comprimirte Luft bis auf den maximalen Druck von 5 Atmosphären eingetrieben werden konnte und die Einrichtung getroffen war, den Druck durch Oeffnen eines Hahnes von grossem Querschnitt rasch auf den herrschenden Luftdruck zum Absinken zu bringen. Der Apparat war mit Manometer, Thermometer, Hygrometer und einem Fenster zur Beobachtung der eingeschleusten Thiere versehen.

Durch rasches Einschleusen binnen wenigen Secunden bis zu Druckhöhen von 2,2 Atmosphären gelang es uns bei Meerschweinchen und Kaninchen Ecchymosen des Trommelfells, Hämorrhagien an der Promontorialschleimhaut und Blutaustritte in das Mittelohr bezw. die Bulla zu erzeugen. (I. Befund von Prof. Gruber.) Durch rasche Decompression binnen $^1/_2$—1 Minute aus Druckhöhen von 4 Atmosphären konnten wir bei Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden so ausgedehnte Blutungen in die Bulla erzeugen, dass das Trommelfell dunkelblauroth erschien, die Bulla von schwarzbraun gefärbten coagulirten Massen mehr minder erfüllt war und die Promontorialwand ausgebreitete Hämorrhagien aufwies. Die histologische Untersuchung des Labyrinths bei zahlreichen Versuchsthieren, welche von uns sowohl an der Klinik Gruber als im Laboratorium Prof. Schenk's vorgenommen wurde, ergab: Die Gefässe, hauptsächlich im Modiolus der Schnecke, theils strotzend mit Blutkörperchen gefüllt und von ausgedehnten perivasculären Extravasaten umgeben, theils bei erhaltenem Lumen blutleer, glashell. Der Nervus cochleae stellenweise durch Blutaustritte vom Knochen abgehoben. Im Nerven, sowie im Ganglion spirale selbst keine Extravasate. Mehr minder ausgedehnte,

Digitized by Google

meist segmentförmige Blutaustritte an der unteren und lateralen Wand der Scala tympani, die stellenweise an's Corti'sche Organ heranreichen. Kleinere Blutextravasate in der Scala vestibuli an verschiedenen Stellen. Der Vorhof erweist sich meist frei von Blutungen, dagegen zeigen die Bogengänge sowohl im membranösen als im knöchernen Theil hämorrhagische Extravasate in verschiedener Ausdehnung angeordnet.

Die Erkrankungen der Berufsredner und Sänger.

Von

Prof. Dr. **Ph. Schech**, München.

Jeder beschäftigte Halsarzt wird bestätigen können, dass Erkrankungen derjenigen Stände, welche ihre Stimme berufsmässig gebrauchen, relativ häufig sind. Da ich diesem Gegenstande schon lange meine Aufmerksamkeit widmete, und mir seit Jahren ein grosses Material zur Verfügung stand, so glaube ich jetzt, meine Erfahrungen mittheilen zu sollen, zumal mir dieselben zu einem gewissen Abschlusse gekommen zu sein scheinen. Die Literatur, wenigstens die deutsche, ist immer noch eine sehr spärliche und concentrirt sich auf die Publicationen von Avellis[1]), Bottermund[2]), Bresgen[3]), B. Fränkel[4]), Seifert[5]), und M. Schmidt[6]), welcher letztere in seinem classischen Werke den Störungen der Singstimme und ihrer Behandlung ein ausführliches Capitel widmet.

Meiner Erfahrung zufolge stellen den höchsten Procentsatz zu den Erkrankungen der Berufsredner die Lehrer und Lehrerinnen, dann folgen die Gesangsschüler und -Schülerinnen, dann Officiere, Prediger und Geistliche, während an letzter Stelle die ausgebildeten fertigen Sänger, Sängerinnen, Schauspieler und Schauspielerinnen stehen.

Wenn nun auch die genannten Berufsklassen von den schweren infectiösen, entzündlichen oder ulcerativen Larynxkrankheiten nicht ganz verschont bleiben, so spielen bei ihnen doch anderweitige Zustände, die man als „Beschäftigungskrankheiten" bezeichnen muss, die Hauptrolle.

Die häufigste Erkrankung der berufsmässig mit der Stimme Arbeitenden ist die vorzeitige Ermüdung der Stimme, die paralytische Stimmschwäche, oder, wie man auch sagt, die Atonie

---

[1]) Avellis: Der Gesangsarzt. Frankfurt 1896.

[2]) Bottermund: Die Singstimme und ihre krankhaften Störungen. Leipzig 1896.

[3]) Bresgen: Ueber vorzeitige Ermüdung der Stimme. D. med Woch No. 19, 1887.

[4]) B. Fränkel: Ueber die Beschäftigungsschwäche der Stimme (Mogiphonie). D. med. Woch. No. 7, 1887.

[5]) Seifert: Die Störungen der Singstimme durch Erkrankungen der Zungentonsille. Intern. Centralbl. f. Laryngol. u. Rhinolog. XIII, 2, S. 114.

[6]) M. Schmidt: Die Krankheiten der oberen Luftwege. II. Aufl. 1897.

Digitized by Google

der Stimmbänder, oder die professionelle Phonasthenie, wie sie von B. Fränkel genannt wird.

Sie äussert sich im Allgemeinen durch eine schon nach relativ kurzer stimmlicher Arbeit auftretende Schwäche und Ermüdung der Stimme, welche ihre Frische und ihren Wohlklang verliert, matt, unrein und heiser, ja zuweilen schliesslich tonlos wird. Sänger im Speciellen bemerken meistens zuerst eine Abnahme des Stimmumfanges, die hohen Töne können nur mit grosser Anstrengung genommen werden, ja einzelne fallen ganz aus; das Piano verursacht Schwierigkeiten und geht in schwereren Fällen ganz verloren; wieder anderen bereitet die Mittellage Schwierigkeiten, oder sie können den angeschlagenen Ton nicht halten, der Ton sinkt, die Stimme wird „wackelig" oder schnappt um, oder sie „tremolirt".

Sehr häufig sind damit lästige und schmerzhafte Empfindungen im Halse verbunden, so namentlich das Gefühl der Trockenheit, Hitze, Spannung, des Zusammengeschnürt- und Erdrosseltwerdens, oder auch Kitzel und Hustenreiz. B. Fränkel hat deshalb auch die paralytische Form der Stimmschwäche als „Mogiphonie" bezeichnet.

Die Stimmschwäche befällt am häufigsten schwächliche, schlechtgenährte, anämische oder hysterisch veranlagte Lehrerinnen, besonders wenn sie gleich nach angestrengter Studienzeit eine Schule mit starker Schülerzahl übertragen bekommen. Aber auch muskelstarke und robuste Lehrer leiden oft genug Schiffbruch, namentlich wenn zum Schuldienst noch Kirchen- oder Gemeindedienst kommt, oder die Betheiligung an einem musikalischen oder politischen Vereine noch weitere Ansprüche an die Stimme stellt.

Ganz besonders häufig erkranken auch während ihrer Lernzeit Gesangsschüler und -Schülerinnen.

Die Gründe dafür sind sehr verschieden; bald werden an sie vom Lehrer ihre Kräfte übersteigende Anforderungen gestellt, bald muthen die Lernenden sich selbst aus Ehrgeiz oder finanziellen Gründen zu viel zu, um die Lernzeit möglichst abzukürzen und sich eine Stellung zu verschaffen; Andere widerum sprechen oder singen in falscher Stimmlage, oder suchen den Stimmumfang möglichst schnell und intensiv zu erweitern, während wieder Andere fortgesetzt in zu hohen Tönen üben, oder moderne unsangliche Compositionen wählen.

Materielle Veränderungen, wie Unebenheiten der Stimmbänder, kleine Polypen, Sängerknötchen oder Schwellungen der Hinterwand behindern das An- und Abschwellen des Tones und die Production gewisser Töne, namentlich der Höhe und des Piano, weshalb die Singenden das Hinderniss durch verstärkte Luftgebung, intensiveren Schluss und vermehrte Spannung der Stimmlippen zu überwinden suchen, was bei dem Einen früher, bei dem Andern später zur Ermüdung führt. Auch unrichtiger Toneinsatz, namentlich der permanente oder forcirte Gebrauch des festen Stimmeinsatzes, bei welchem die Stimmlippen schon vor der Exspiration zum Schlusse gebracht werden, führt mit der Zeit zur Ermüdung (M. Schmidt). Berufsredner, Advocaten, Schauspieler etc. fehlen sehr oft darin, dass sie nicht in der gewohnten Stimmlage, sondern mit erhöhter Stimme vortragen.

Eine weitere ergiebige Quelle für Schädigung der Stimme sind

Digitized by Google

Gemüthsbewegungen, Aerger, Kummer, gekränkter Ehrgeiz, Zurücksetzung, Liebe. Die Stimme verliert an Umfang und Glanz, sie wird schwach, unsicher oder zitternd. Wiederholt erlebte ich, dass die Singstimme durch einen psychischen Choc für Monate unbrauchbar wurde, ja einmal sah ich, dass sie durch heftiges Weinen in Folge von phonischem Stimmritzenkrampf gänzlich zu Verlust ging.

Wie sehr Angst vor dem Auftreten, das sogenannte Lampenfieber, ein falsches Urtheil über die Stimme nach sich ziehen kann, ist ja allgemein bekannt.

Eine dritte häufige Ursache für Erkrankung der Sprech- und Singstimme sind Affectionen der Resonanzräume, speciell der Nase und des Rachens.

Wenn es auch keinem Zweifel unterliegt, dass gewisse Rachenaffectionen durch zu vieles und lautes Sprechen, reizende Kost, Alcoholica oder Tabak direct erzeugt werden, so bestehen doch oft genug schon Veränderungen, bevor der Gesangsunterricht begonnen wurde. Ich war geradezu erstaunt, wie häufig ich hochgradige Veränderungen bei Gesangseleven und -Elevinnen fand, Veränderungen, welche unmöglich durch das Singen entstanden sein konnten. Statt dass der Arzt vor der Berufswahl befragt wird, ob die Stimmwerkzeuge den Anforderungen gewachsen und die Bedingungen für eine erspriessliche Entwicklung und Ausbildung der Stimme gegeben seien, wird, wie auch Avellis rügt, der Arzt meist erst consultirt, wenn der Beruf gewählt ist, Zeit und Geld geopfert sind und die Stimme bereits Schaden gelitten hat. Thatsächlich entscheidet der Gesanglehrer, ob sich Jemand zur Ausbildung eignet, was, wenn dabei nur rein musikalische Dinge in Betracht kämen, ja ganz richtig wäre; in der Regel fällt das Urtheil günstig aus, denn entgegengesetzten Falles geht der Schüler einfach zu einem andern Lehrer, der ihn mit offenen Armen aufnimmt und sich und den Schüler mit der Hoffnung tröstet, dass die kleine, rasch ermüdende oder klosige nasale Stimme durch den Unterricht kräftiger und wohlklingender werde! Am häufigsten fand ich bei meinen Clienten chronischen Rachencatarrh, und zwar viel häufiger die hypertrophische Form, wie Granula und Seitenstränge, oder glatte und hügelige Verdickungen, als die trockene atrophische, theils selbstständige, theils durch Eiterungen der Nase oder ihrer Nebenhöhlen verursachte fortgeleitete Form. Weniger häufig bestanden Vergrösserungen der Rachen-, Gaumen- und Zungentonsille, oder Concremente in denselben, oder stenosirende Nasenaffectionen.

Sind, wie schon Michel[7]) näher ausführte, die Wände des Rachens, des hauptsächlichsten Resonanzraumes, trocken, oder mit Krusten bedeckt, oder uneben und höckerig, so bilden sich Klangschatten, welche den Ton unrein und abgeschwächt erscheinen lassen. Granula, Seitenstränge und flache Hypertrophien, sowie abnorme Verbindungen der Mandeln mit den Gaumenbögen belasten die Rachenwand und erschweren so die Contraction der Muskeln, speciell jene des Hebers und Spanners des Gaumensegels, was zur Folge hat, dass behufs Ueberwindung der

---

[7]) Michel: Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes, 1880.

Digitized by Google

Schwierigkeiten die Muskeln übermässig angestrengt werden müssen. Das mit den meisten Rachenaffectionen verbundene häufige Räuspern zum Zwecke der Entfernung wirklichen oder eingebildeten Secrets hat eine weitere Ueberanstrengung der Kehlkopfmuskeln, namentlich Paresen und Paralysen der Schliesser und Spanner, sowie Congestion und Schwellung der Stimmbänder und Interarytänoidschleimhaut zur Folge.

Vergrösserte Zungenbalgdrüsen, die ich fast nur beim weiblichen Geschlecht sah, behindern nicht nur die Bewegungen der Epiglottis, speciell die Hebung und Senkung derselben und damit die Bildung der Falsetttöne (B. Fränkel), sondern verursachen auch bei nervösen Personen Schmerzen und das Gefühl des Zusammengeschnürtwerdens in der Zungenbeingegend (Seifert l. c.). Sie haben sogar reflectorische Paresen der Stimmmuskeln zur Folge; Lieven[8]) beobachtete bei luetischer Hypertrophie der Zungentonsille gleichfalls Störungen der Singstimme. Vergrösserung der Rachenmandel erzeugt die bekannte „todte" Sprache. Vergrösserung der Gaumenmandeln macht in Folge Verkleinerung und Verlegung des Mund-Nasenrachenraumes die Stimme dumpf und klosig; obturirende Nasenaffectionen, chronische und Schwellungscatarrhe, Polypen und Deviationen der Scheidewand, Choanalstenose, erzeugen das „geschlossene", Perforationen und Lähmungen des Gaumens das „offene" Näseln. Warum Nasenverstopfung Ermüdung der Stimme zur Folge hat, ist nicht recht klar; Bresgen meint, der Grund sei ein mechanischer; da die Schallwellen vom Nasenrachenraum wieder in den Kehlkopf zurückgeworfen würden, so suchten die Sänger das Hinderniss durch verstärkte Tongebung und Ueberanstrengung zu beseitigen.

Ausgebildete Sänger und Sängerinnen erkranken zwar im Allgemeinen weniger oft, weil sie vermöge der Uebung und Gewöhnung Anstrengungen weit mehr gewachsen sind als Anfänger, doch bekommen auch sie zuweilen die Wirkung unzweckmässiger Lebensweise, besonders des vermehrten Alcoholgenusses, oder der Uebernahme von grossen ihre Kräfte übersteigenden Rollen, oder die Folgen einer trotz Indisposition ermöglichten Opernaufführung zu kosten.

Die Diagnose der verschiedenen Formen der Stimmschwäche ist nicht immer leicht, und bedarf es zuweilen längerer Beobachtung und wiederholter Untersuchung, um die wirkliche Ursache aufzufinden.

Objectiv findet man in den leichteren Fällen absolut keine Veränderungen weder im Kehlkopf noch in den Resonanzräumen, namentlich nicht am Morgen oder nach längerer Ruhe des Stimmorganes; untersucht man aber schwerere Fälle oder unmittelbar nach einer stimmlichen Anstrengung, dann lassen sich meist leichte Anomalien der Spannung und des Glottisschlusses, oder auch deutliche Paresen des Transversus und Obliquus, der Thyreoaryt. interni oder der Cricothyreoidei (M. Schmidt) oder sämmtlicher Schliesser (Jurasz) constatiren, mit oder ohne gleichzeitige Anomalien in Nase und Rachen. Zerrungen der Muskeln, Blutungen, Zerreissungen einzelner Fasern, sowie Dehnungen der Sehnen oder des Bindegewebes kommen sicher öfter vor, als man eruiren kann; so constatirte ich bei einem Lehrer,

[8]) Lieven: Intern. Ctrbl. f. Lar. u. Rhin. XIII, 2, S. 115.

Digitized by Google

dessen Mogiphonie plötzlich nach dem Singen eines für ihn zu hohen Liedes entstanden war, noch lange Zeit Druckempfindlichkeit der vorderen seitlichen Ringknorpeltheile. Das Nichthaltenkönnen eines Tones beruht, wie ich an zwei routinirten Sängerinnen constatiren konnte, gleichfalls auf Erkrankung der Cricothyreoidei; bei beiden Damen stellten sich nach kurzem Singen schmerzhafte Empfindungen ein, welche wieder auf der vorderen Fläche des Ringknorpels ihren Ausgangspunkt hatten.

Da nach M. Schmidt der Cricothyreoideus, der Längsspanner, am frühesten und häufigsten ermüdet, so lege man während des Scalasingens die Spitze des Zeigefingers in den Raum zwischen Ring- und Schildknorpel und prüfe, ob dieser Raum sich gleich bleibt oder nur wenig verkleinert, und ob sich die Stimme bessert, und deren Umfang sich erhöht, wenn man bei nach rückwärts geneigtem Kopfe durch Annäherung des Ringknorpels an den Schildknorpel die Wirkung des Cricothyreoideus nachahmt und verstärkt. Meist geben die Kranken selbst eine Erleichterung an. Bei Krampfzuständen des Längsspanners hat nach M. Schmidt Druck auf den Schildknorpel eine Besserung der Stimme zu Folge, während bei entzündlichen Veränderungen Druck auf den Ringknorpel wirkungslos bleibt. Da nach den Untersuchungen von Michael[9]) die Töne eines Registers nur dann vollkommen erzeugt werden können, wenn der jeweilige „Leitmuskel" des betreffenden Registers vollkommen gesund ist, so folgt daraus, dass man auch aus dem jeweiligen Ausfall der Töne und der Form der Stimmritze annähernd die Diagnose stellen kann.

Da der Leitmuskel der oberen Töne des Brustregisters der Transversus ist, so wird sich Schwäche desselben durch Klaffen des hintersten Glottisabschnittes geltend machen. Paretische Zustände des Internus, des Leitmuskels der Mittellage, äussern sich durch mehr oder weniger deutliche Excavation der Stimmlippen, Schwäche des Cricothyreoideus hat in ausgeprägten Fällen einen geschlängelten Verlauf der Glottis zur Folge.

Dass Röthungen und Schwellungen der Schleimhaut am leichtesten zu erkennen sind, ist selbstverständlich, doch vergesse man nicht, dass viele Berufsredner und Sänger auch im Ruhezustande röthliche Stimmbänder besitzen, und dass namentlich bei Anfängern nach dem Singen jedesmal eine freilich sich bald wieder verlierende Congestionirung der Schleimhaut, speciell jener der Stimmbänder, sich einstellt.

Die Prognose ist zwar im Allgemeinen günstig, doch geben einzelne Fälle wegen ihrer Hartnäckigkeit oder Schwere eine ungünstige Voraussage. Am schlechtesten sind die Aussichten bei schwächlichen oder hysterischen Lehrerinnen oder bei Neurasthenikern, sowie zartbesaiteten, leicht erregbaren oder in ungünstigen socialen Verhältnissen lebenden Personen.

Die Behandlung hat sich in erster Linie nach der Ursache zu richten, hat also bei materiellen Veränderungen in Beseitigung dieser zu bestehen. Ohne auf die Therapie der einzelnen Affectionen näher einzugehen, möchte ich hier nur erwähnen, dass ich seit einiger Zeit

[9]) Michael: Die Bildung der Gesangsregister.

Digitized by Google

Seitenstränge von beträchtlicherem Umfang nicht mehr galvanocaustisch zerstöre, sondern mit der Heryng'schen Doppelcurette herausnehme, die ich zu diesem Zwecke modificirte; der Röhre gab ich die stumpfwinklige Krümmung der Naseninstrumente, die Löffel liess ich statt oval steigbügelartig formen, damit die Schnittfläche eine geradlinige sei. Man entfernt in einer Sitzung von unten nach oben fortschreitend ein Stück des Stranges nach dem andern, was bei tüchtiger Cocainisirung völlig schmerzlos ist und geringere Reaction und schnellere Heilung zur Folge hat.

Dass man Allgemeinzustände, wie Anämie, Neurasthenie und Hysterie, entsprechend zu behandeln hat, ist selbstverständlich. Wenn keine materiellen Veränderungen vorhanden sind, es sich also nur um die Folgen von Ueberanstrengung handelt, wäre natürlich kürzere oder längere Schonung der Stimme das beste Heilmittel. Leider sind die wenigsten Kranken Willens oder in der Lage, von demselben Gebrauch zu machen, da nur zu oft Verlust der Stellung, des Engagements oder Unterbrechung des Studiums in Frage kommen. Entsprechend der Ursache verbiete man deshalb jedes unnöthige, namentlich laute Sprechen, besonders das Vorlesen, oder beschränke die Zeit der Uebungen — eine Stunde am Tage mit Unterbrechungen ist nach der Ansicht der meisten Autoren für Anfänger genug —, oder man lasse andere Gesangsstücke üben, welche für die Stimmlage mehr passen und sich nicht ausschliesslich in den obersten Tönen des Registers bewegen. M. Schmidt empfiehlt dringend die Erlernung des hauchenden Toneinsatzes, da derselbe schon stark strapazirten Stimmen das Weitersingen noch ermögliche; auch sei in manchen Fällen die Methode resp. der Lehrer zu wechseln. Damit Schauspieler, Anwälte, Politiker, Prediger etc. nicht in zu hoher Tonlage beginnen, sollen sie es wie Talma machen, der vor dem Betreten der Bühne irgend Jemand fragte, wie viel Uhr es sei und sich dann nach dem Tonfall des Antwortenden richtete (Castex[10]). In wieder anderen Fällen genügen hygienisch-diätetische Vorschriften, Vermeidung von Alcohol, Tabak und reizender Nahrung, sowie gewisser Parfums, wie Veilchen, Orangenblüthen, Lilien, Quitten, welche nach den Beobachtungen von Joal, Gougenheim, Cabanis Cartaz (citirt bei Castex) schädlich und entnervend auf die Stimme wirken.

Dass bei entzündlicher Röthung der Stimmbänder das Ueben oder Auftreten absolut zu verbieten ist, versteht sich von selbst; bei leichter entzündlicher Schwellung der Hinterwand gestattet M. Schmidt geübten Sängern das einmalige Auftreten und insoufflirt etwas Calomelpulver. Das Lampenfieber verliert sich mit der Zeit von selbst, psychischen Erregungen aber aus dem Wege zu gehen oder dieselben gleichmüthig zu ertragen, ist nicht Jedem möglich.

Die Electricität in Form des constanten oder faradischen Stromes ist bei ausgesprochenen Paresen oder Paralysen namentlich endolaryngeal unstreitig von Nutzen; für gewöhnlich lässt sie aber, wie ich mit B. Fränkel bestätigen kann, im Stiche.

---

[10]) Castex: L'hygiène de la voix. Ann. d'hygiène publique et de méd. lég., Août 1894.

Digitized by Google

Wirksamer und einfacher, weil auch vom Kranken selbst ausführbar, ist die Massage des Halses, sowohl in der Richtung von oben nach unten, als von hinten nach vorne; man beginne täglich mit 30 Strichen und steige allmählich auf je 50—60, zweimal täglich. Dass man aber auch mit der Massage vorsichtig sein muss, sah ich kürzlich bei einem älteren Manne mit Lähmung der Glottisschliesser, bei dem ich durch das Streichen Husten mit sofort sich anschliessender Bewusstlosigkeit, also artificiellen Ictus laryngis, erzeugen konnte.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 25. Mai 1897.

Vorsitzender: Prof. Politzer.

Schriftführer: Doc. Dr. Pollak.

Dr. Ferdinand Alt demonstrirt einen Kranken mit Exostosenbildung an den Enden des Annulus tympanicus beider Gehörorgane. Der Fall ist dem von Herrn Prof. Politzer in der letzten Sitzung vorgestellten vollständig analog.

Dr. D. Kaufmann demonstrirt:

1) Morbus Ménière. 16jähriges Mädchen, blass, stets ohrgesund, erkrankte am 13. April d. J. ohne vorausgehende Erscheinungen plötzlich mit Klingen im rechten Ohre, Schwindel und Uebelkeit, wiederholtem galligen Erbrechen, completer Taubheit des rechten Ohres. Das Erbrechen hielt zwei Tage an, der heftige Schwindel etwa acht Tage, die Taubheit besteht noch. Ohrbefund ergiebt: links Ohr normal, rechts normales Trommelfellbild, Taubheit für Sprache, Lateralisation der Stimmgabel vom Scheitel auf das gute Ohr, hochgradige Verkürzung der Perceptionsdauer für Luft- und Knochenleitung, keine Perception der hohen Stimmgabel bei schwachem Anschlag, Fehlen der Knochenleitung für Uhr und Acumeter, Schwanken bei Stehen mit geschlossenen Augen. — Nervenbefund, innere Organe normal.

2) Ich erlaube mir, Ihnen eine Patientin vorzustellen, welche die Schwierigkeit der Indicationsstellung zur Operation bei mit pyämischen Zuständen einhergehenden chronischen Mittelohreiterungen demonstrirt:

Ein 17jähriges kräftiges Mädchen, welches seit Kindheit an oft recidivirender chronischer Mittelohreiterung leidet, erkrankte am 21. April d. J. unter Allgemeinerscheinungen und Fieber. Der behandelnde Arzt constatirte unregelmässige Temperatursteigerungen von 36,8 bis 39,8, in den inneren Organen konnte nichts Abnormes nachgewiesen werden. Am 3. Mai wurde ich zu der Patienten gerufen und fand mässige Eiterung am linken Ohr, mit kleiner Trommelfellperforation im vorderen unteren Quadranten bei äusserlich normalem Warzenfortsatz; rechterseits zeigte sich Defect der ganzen hinteren Trommelfellhälfte, geringe schleimig-eitrige Secretion. Warzenfortsatz äusserlich normal, jedoch intensive Schmerzhaftigkeit bei Druck knapp hinter dem Proc. mastoid., etwa entsprechend dem N. occipitalis.

Digitized by Google

Bei der Ausdehnung der Perforation bis zum Rande des Trommelfells musste die Möglichkeit angenommen werden, dass es sich um Cholesteatombildung im rechten Ohr mit consecutiver Sinusphlebitis und Pyämie handeln könne, und ich veranlasste deshalb die Aufnahme der Kranken behufs eventueller Operation auf die Ohrenklinik des Prof. Politzer.

Am Tage der Aufnahme in das Krankenhaus bestand Temperatur 37,4—39,3, Puls 120, regelmässig, jedoch von geringer Spannung, in den inneren Organen ausser Milzvergrösserung nichts Abnormes nachweisbar. Augenspiegelbefund (Dr. Hancke, Assistent der Augenklinik Prof. Fuchs') ergab rechts Neuritis optica, links Hyperämie des Fundus. Da es sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden liess, ob die pyämischen Erscheinungen vom Ohre ausgehen und ob wirklich die im Schläfebein verlaufenden Sinus den Ausgangspunkt der Pyämie bilden, musste vorläufig von der Ausführung der intendirten Operation (Radicaloperation mit Eröffnung des Sinus) Abstand genommen werden.

Am 5. Mai Temperatur nach Schüttelfrost 39,8 mit sehr langsamem Abfall der Temperatur, die am 6. Mai 36,2 betrug; an diesem Tage war Pat. afebril. Am 7. Mai neuerdings Schüttelfrost mit raschem Anstieg der Temperatur auf 40,5, Puls 160. Beiderseitige Stauungspapille. Bei excessiver Abduction des rechten Auges treten nystoctische Zuckungen auf und falsche Projection im Sinne einer Abducensparese. In fieberloser Zeit Sensorium frei, doch besteht eine gewisse Hemmung, die sich in den Antworten der Pat. äussert. Pat. zeigt intellectuelle Abschwächung, selbst einfache Rechenexempel, 9×7, 6×7, werden entweder gar nicht oder schlecht gelöst, das Aufzählen der Monate nach aufwärts geschieht falsch.

Keine Klage über Kopfschmerz, der Schädel nirgends percussionsempfindlich, kein Schwindel. Pupillen beiderseits gleich, reagiren prompt, keine Hemianopsie, keine Einschränkung des Gesichtsfeldes. Sprache in gewöhnlicher Conversation ohne Störung, beim Aussprechen schwieriger Probeworte ganz grobes Silbenstolpern; das Bezeichnen von Gegenständen ergiebt für gewöhnlich keinen Defect; bei Vorzeigen einzelner Bilder kann Pat. manchmal die Bezeichnung nicht finden, z. B. eine Säge, beim Bild eines Elephanten sagt sie „Schlange". Die vorgesprochenen Bezeichnungen, die sie spontan nicht gefunden hat, spricht sie prompt nach, hat sie jedoch nach einigen Minuten wieder vergessen. Das Lesen erfolgt im Allgemeinen gut, nur bei einzelnen Worten werden einzelne Buchstaben versetzt oder ausgelassen. — Halswirbelsäule nicht druckempfindlich, frei beweglich, selbst bei extremen Bewegungen kein Schmerz. Sehnenreflexe schwach, ohne Differenz, Patellarreflexe beiderseits lebhaft. — Beim Stehen mit geschlossenen Augen Unsicherheit, die sich bei Augenschluss zu grobem Schwanken steigert. Stehen auf einem Bein unmöglich — es lässt sich aber dabei nicht entscheiden, was von der Gangstörung als atactisch aufzufassen ist und was auf die allgemeine Schwäche zurückzuführen ist.

Am 11. Mai wieder Schüttelfrost mit Temperaturanstieg auf 40. Die Untersuchung des Venenblutes auf Microorganismen (Dr. Mannaberg) negativ.

Digitized by Google

Am 13. Mai Temperaturabfall von 38,2 auf 36,3, seither (14 Tage) ist Pat. afebril (36,1—37,4). Die heute vorgenommene Augenspiegeluntersuchung ergiebt: rechts typische Neuritis optica mit radiär angeordneten Exsudatstreifen auf der Papille, Exsudatstreifen längs der Gefässe, kleinen Blutungen und Exsudatherden circumpapillär. Die venöse Stauung geringer, nur der Neuritis entsprechend. Links dieselben Erscheinungen wie rechts, nur geringgradiger. — Seitens des Nervensystems oder der inneren Organe sonst keine Erscheinungen. Puls 84, regelmässig. Am linken Ohre hat die Eiterung schon in den ersten Tagen des Spitalsaufenthaltes sistirt, rechts besteht noch geringe Secretion, Cholesteatom konnte niemals nachgewiesen werden.

Die pyämischen Temperaturen, der Augen- und Nervenbefund sprechen doch mit Wahrscheinlichkeit für einen pyämischen Process mit endocranieller Complication, eine sichere Diagnose, genaue Localisation des Processes ist unmöglich; deshalb wurde kein operativer Eingriff vorgenommen, bisher nicht zum Nachtheile der Pat., welche sich heute ganz wohl fühlt.

An der sich daran knüpfenden Discussion betheiligten sich die Herren Urbantschitsch, Politzer und Gruber, von denen der Erstere und Prof. Gruber darauf hinwiesen, dass der Zustand noch lange nicht als gefahrlos betrachtet werden kann. Beide Redner erzählten Fälle aus ihrer Praxis mit analogem Verlauf und tödtlichem Ausgange. Gruber speciell macht darauf aufmerksam, dass er derartige Kranke, so lange sie noch über Kopfschmerz klagen und unregelmässigen Puls zeigen, nicht ausser Gefahr betrachtet.

Prof. Politzer meint, er würde auch in diesem Falle operirt haben, wenn Kopfschmerzen dagewesen wären; der Schüttelfrost und Milztumor allein konnten ihn nicht zur Operation veranlassen.

3) Herpes zoster gangraenosus (hystericus?), N. auriculotemporalis sin.

Bei der 27jährigen blassen Patientin traten vor ungefähr 14 Tagen intensive Schmerzen an der linken Ohrmuschel auf; einige Tage nachher konnte man in der gerötheten Haut vor dem Tragus eine Gruppe von kleinen zum Theil eingetrockneten Bläschen constatiren; vor und oberhalb derselben mehrere bis 1 cm² grosse, der Haut fest anhaftende schwarzbraune Schorfe, die sich bald abstiessen. Die ganze Fossa conchae bildet jetzt eine durch Confluenz geplatzter Herpesbläschen entstandene Geschwürsfläche dar, die mit eingetrocknetem Secret zum Theil besetzt ist. Dabei bestehen noch zeitweise intensive Schmerzen, besonders bei Berührung der Ohrmuschel.

Die Diagnose auf Herpes zoster gangraenosus wurde von Herrn Prof. Kaposi als richtig bestätigt.

Sehr interessant ist es nun, dass bei dieser Patientin Anfangs des Jahres 1895 derselbe Zustand vorhanden war. Die Kranke erschien damals wegen heftiger Schmerzen in und vor dem Ohre auf der Klinik, daselbst wurden Schorfe an verschiedenen Stellen nächst dem Ohre vorgefunden, die damals als artificiell erzeugte imponirten. Wegen enormer Schmerzhaftigkeit des Proc. mastoid., Schlaflosigkeit, wurde damals der Proc. mastoid. trepanirt, in demselben jedoch kein Eiter gefunden.

Digitized by Google

Um dieselbe Zeit hatte Dr. Unrath in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte (15. Febr. 1895) einen Vortrag gehalten über Gangrän bei Hysterie und zwei Patientinnen demonstrirt, bei welchen von anderer Seite die Diagnose auf Zoster gangraenosus gemacht worden war und wobei U. constatiren konnte, dass die Gangrän ein Artefact durch Schweinfurter Grün resp. Laugenstein war. Unrath glaubt, dass die meisten der beschriebenen spontan hysterischen Gangränen als Kunstproducte aufzufassen wären.

Nach dem an der Klinik jetzt genau beobachteten Verlaufe glaubt Kaufmann in diesem Falle ein Artefact bestimmt ausschliessen zu können; wenn es auch nicht gelungen ist, durch die unveränderte Epidermis oder durch den Bläscheninhalt hindurch den Beginn der necrotischen Verschorfung zu constatiren, so spreche in diesem Falle die characteristische Efflorescenzenbildung vorwiegend in Gruppenform, der cyclische Verlauf der Erkrankung im Sinne Kaposi's für einen wirklichen Herpes zoster gangraenosus.

4) 26jährige Frau, bei welcher Lupus tumidus am Helix der linken Ohrmuschel in Form einer circumscripten, $2^1/_2$ cm langen, $1^1/_2$ cm breiten, $^3/_4$ cm über das Niveau hervorragenden, gut abgegrenzten, mässig derben Geschwulst bestanden hatte. Die Haut des ganzen übrigen Körpers war vollkommen frei von Lupus. Nase und Ohrbefund beiderseits ganz normal.

Bei der von Prof. Politzer vorgenommenen Excision der Lupusknoten zeigte sich, dass derselbe nur die Haut und nicht den Knorpel betroffen hatte. Die Heilung verlief glatt.

Prof. A. Politzer: Untersuchungen über das Verhalten der Trommelhöhlenschleimhaut bei Dehiscenz des Tegmen tympani.

P. fand an mehreren Präparaten von Dehiscenz des Tegmen tympani, dass nach Ablösung der Dura mater von der cranialen Fläche des Schläfebeins die dehiscenten Lücken fast immer von einer dünnen Membran verschlossen waren, dass somit bei Dehiscenz des Tegmen tympani der Schleimhautüberzug der oberen Trommelhöhlenwand mit der Dura mater nur sehr locker zusammenhängt. Die microscopische Untersuchung an decalcinirten Durchschnitten solcher Dehiscenzen ergab folgendes Verhalten der die Dehiscenz verschliessenden Membran zu den sie begrenzenden Knochenrändern. Der mehr oder weniger stark zugeschärfte Knochenrand der Dehiscenz wird an seiner oberen und unteren Fläche von dem mässig verdickten Rand der Membran umfasst. Die Membran selbst ist dicker, als der Durchmesser der die übrigen Knochenwände überziehenden Schleimhaut. Die Dicke der Membran zeigt jedoch an verschiedenen Stellen grosse Differenzen. Diese werden theils durch flächenartige, theils durch hügelförmige Elevationen ihrer Innenfläche, theils jedoch durch eingelagerte, isolirte Knocheninseln bedingt. Diese bei der macroscopischen Untersuchung nicht erkennbaren Knocheninseln sind nur an microscopischen Durchschnitten als linsenförmige Plättchen oder längliche Spangen sichtbar. P. ist der Ansicht, dass die Dehiscenzen des Tegmen tympani nicht angeboren, sondern dass sie durch Schwund der Knochensubstanz entstehen, und dass die von ihm in dem membranösen Verschluss der Dehiscenz ge-

Digitized by Google

fundenen Knocheninseln als Residuen des knöchernen Tegmen tympani zu betrachten sind.

In einem Falle fand P. zwischen der die Dehiscenz verschliessenden Membran und der Dura mater eine mit viscider Flüssigkeit gefüllte bohnengrosse, cystöse Erweiterung.

Sitzungen der Laryngologischen Gesellschaft in London.

Ordentliche Sitzung vom 15. April 1896.

Vorsitzender: Felix Semon.

Schriftführer: W. R. H. Stewart.
St. Clair Thomson.

Vertagte Discussion über Fremdkörper in den oberen Luft- und Nahrungswegen.

Dr. Scanes Spicer empfiehlt, Kinder behufs Entfernung von Fremdkörpern zu narcotisiren, ausser bei drohender Asphyxie, wo zunächst tracheotomirt werden muss. Die Narcose mildert die Noth und Angst des kleinen Patienten, erleichtert ein ruhiges und schonenderes Vorgehen des Arztes, vermindert die Gefahr, den Fremdkörper tiefer zu stossen und vermehrt die Chancen, ihn zu entfernen. Fremdkörper in der Nase können bei Kindern in Folge Enge und Schwellung der Wege — oft Folge vorausgegangener Entfernungsversuche — häufig auch durch geschickteste Rhinoscopie nicht entdeckt werden, so dass die Diagnose mittels der Sonde gestellt werden muss. Forcirte Wasserinjectionen sind zu widerrathen, dagegen werden vorsichtiges Durchspülen, Lufteintreibungen und Niessmittel empfohlen. Zweckmässig ist es dabei, die Nasenflügel mit einem Speculum auf der verstopften Seite offen zu halten, die Nasenspitze nach oben zu biegen und den Kopf tief auf die Brust zu senken. Mittheilung einiger Fälle von Fremdkörper (Kautschukcylinder, bleiernes Drainrohr in der Nase, abgebissener Kehlkopfpinsel in Oesophagus). Bei metallischen Fremdkörpern könnte vielleicht ein starker Magnet mit Erfolg angewendet werden in Form einer Bougie von biegsamem Stahl, der Länge nach durchströmt. Brechmittel sind wegen der dadurch gesetzten uncontrollirbaren vis a tergo contraindicirt.

M. Laurence berichtet über Fall von Fischgräte in der Epiglottis, in dem die Beschwerden im hinteren Gaumenbogen localisirt wurden, sowie über einen ungewöhnlich grossen Rhinolithen, bei dessen Entfernung (stückweise) es zu einer ungewöhnlichen Hämorrhagie kam.

Dr. A. A. Kanthack demonstrirt einen Kehlkopf, in den ein Stück Fleisch impactirt ist. Ein sagittaler Schnitt zeigt die Lage der Theile zu einander. Das Fleischstück ist fest in den oberen Theil des Kehlkopfs gepresst, die Epiglottis nach vorn gegen die Zunge gedrängt. Der Fall widerlegt die von Prof. Anderson Stuart geäusserte Meinung, dass während des Schluckactes die Epiglottis gegen die Basis

Digitized by Google

lingual gelegt und als schiefe Ebene für den Bissen dient, auf der er in den Oesophagus hinabgleiten kann.

Dr. Lambert Lack hält daran fest, dass einseitiger, fötider, (oft) reizender Ausfluss aus der Nase bei Kindern für Anwesenheit eines Fremdkörpers spricht. Bei Fischgräten darf die Palpation nicht unterlassen werden. Nicht aufzufindende machen noch einige Zeit Beschwerden und werden dann resorbirt. Unresorbirbare Fremdkörper, wie Nadeln, kommen, wenn sie nicht entfernt werden, später an anderen Stellen zum Vorschein. So fand er eine Nadel vier Wochen später in der Valvula tricuspidalis. Prädilectionsstellen für den Sitz derartiger Fremdkörper sind die Tonsillen, Zunge und Gaumen, die nicht nur mit Inspection, sondern auch mit genauer Palpation, ev. mit einer Sonde untersucht werden müssen. Bericht über einige Fälle von Fremdkörper: 1) Eine Frau erwachte mit heftigen Husten- und Erstickungsanfällen; nach einem reichlichen Vomitus Erleichterung. Am nächsten Morgen Halsschmerzen. Sie vermisste jetzt ihr Gebiss, da sie aber keine Symptome mehr hatte, wurde angenommen, es wäre mit den erbrochenen Massen fortgeschüttet. Beschwerdenfrei durch etwa vier Wochen. Dann Stechen im Halse, vermehrt durch Schlucken und Drehen des Kopfes.

Bei der Untersuchung fand sich die Zahnplatte quer über den Kehlkopf gelagert vom rechten Arytänoidknorpel, auf dem die Zähne lagen, bis zum linken Taschenband. Entfernung mit Mackenzie's Zange. Die oberflächlichen Ulcerationen heilten bald. Bemerkenswerth in diesem Falle sind die geringen subjectiven Beschwerden. Fall 2: 17jähriger Knabe wird im Hospital wegen traumatischer Larynxstenose intubirt. Gelegentlich eines Hustenanfalls reisst der Faden und die Tube verschwindet, ohne wieder zum Vorschein zu kommen, trotz Inversion, Sondenuntersuchung, Laryngotomie etc. Man nahm an, dass Pat. die Tube verschluckt habe und entliess ihn aus dem Hospital. 4 Wochen später Husten und eitriger Auswurf. Während eines Hustenanfalls fühlt er etwas in seine Brust gleiten, es stellen sich Symptome einer Stenose des linken Bronchus ein. Vermehrter eitriger Auswurf (ca. 1 Liter täglich) und Husten; Kräfteverfall. Symptome einer bronchiectatischen Caverne an der linken Basis. Dr. Lack resecirte 3 Zoll der 6. Rippe und eröffnete 9 Tage später einen grossen Abscess tief in der Lunge zur grossen Erleichterung des Patienten, der aber einen Monat später an einer Blutung starb. Bei der Section fand sich die Tube im linken Bronchus. Dr. Lack stimmt Mr. Symmonds bezüglich der Gefahr zu, dass während der Narcose Fremdkörper in die Trachea geraten können. Ein Fall von Adenotomie, den er behandelt, verdankt sein Leben einzig dem Umstande, dass die Instrumente zur Tracheotomie bei der Hand waren. Er macht noch darauf aufmerksam, dass in manchen Fällen die Athmung trotz Tracheotomie erst nach Entfernung des Fremdkörpers aus dem Kehlkopf wiederkehrt, wahrscheinlich eine Folge des durch seine Gegenwart hervorgerufenen Krampfes.

Mr. Cresswell Baber zeigt 3 Nasensteine. Der erste hat als Kern einen im 4. Jahre in die Nase gesteckten Schuhknopf und über 20 Jahre keine Symptome gemacht. Als Kern des zweiten fand sich ein zusammengefaltetes Stück Zeug, im dritten eine Glasperle. Im zweiten Falle waren ziemlich beträchtliche Deformationen der Nasen-

Digitized by Google

knochen vorhanden. Mr. Baber braucht neben der Zange noch einen sehr festen stählernen Haken, der etwa $^1/_4$ Zoll lang und $^1/_8$ Zoll breit ist.

Dr. Clifford Benle hebt die Möglichkeit hervor, dass ein plötzlicher Larynxverschluss während der Mahlzeit erfolge, und erwähnt einen Fall, in dem der Fremdkörper durch sofortige Inversion des Körpers und tiefe Inspiration, gefolgt von starker Exspiration, den Fremdkörper herausbeförderte.

Dr. Herbert Tilley hat bei einer Adenotomie bedrohliche Asphyxie erlebt, da ein Theil der Geschwulst in den Larynx gelangt war. Er wurde durch kräftiges Aufwärtsdrängen des Larynx entfernt. Er hebt den Vortheil hervor, am hängenden Kopfe zu operiren, um derartige Vorkommnisse zu vermeiden.

Dr. W. Hill hat häufig Gaze- oder Wattebäuschchen, die nach operativen Eingriffen behufs Blutstillung in die Nase eingeführt waren, als Fremdkörper auftreten sehen, da es leicht passiren kann, dass bei der grösseren Anzahl derartiger Tampons, die meist eingeführt wird, einer oder der andere übersehen wird und zurückbleibt. Er referirt einen einschlägigen Fall, in dem der Tampon nach 8 Tagen Fieber, Kopfschmerzen und Foetor verursachte. Dasselbe ist der Fall bei Tamponade des Nasen-Rachenraums. Bezüglich der Bemerkung Dr. Spicer's, dass einseitige Naseneiterungen bei Kindern nicht nothwendig auf Fremdkörper hinweisen, sondern oft mit Verbiegungen und Verkrümmungen der Nasenscheidewand vergesellschaftet sind, ist die Thatsache hervorzuheben, dass derartige Deformitäten bei kleinen Kindern doch vergleichsweise selten, einseitige Naseneiterungen dagegen häufiger sind.

Dr. Hill hat bei einer Kuh eine wohlgestaltete Rübe enfernt, die augenscheinlich in einem Oesophagusdivertikel gesessen hatte, und frägt Mr. Symmonds, ob er in seiner Praxis Fremdkörper in Divertikeln des Pharynx oder Schlundes gefunden hat.

Dr. Grant empfiehlt die Anwendung der Luftdouche in die freie Nase anstatt der Spülröhre. Vorher soll Cocain und ein Oelspray angewendet werden, auch Dr. Spicer's Rathschläge betreffs Erweiterung der verschlossenen Nase seien zu befolgen. Die Ohren sind fest zu verschliessen und Pat. muss die Backen stark aufblasen. Ein scharf zurückgebogener Haken hat sich ihm gut bewährt. Die Oesophagoscopie hat keine verwerthbaren Resultate ergeben. Eine Zahnplatte hat er erfolgreich mit dem Münzenfänger aus dem Oesophagus entfernen sehen, nachdem Extractionsversuche mit der Zange vergeblich gewesen waren. Er berichtet über einige Fälle von Fisch-Gräten in der Zungentonsille, von denen eine erst dann mit der Zange entfernt werden konnte, als die Submaxillarregion stark aufwärtsgedrängt wurde und Pat. phonirte. In einem andern Fall fand sich nach Entfernung einer Gräte noch eine zweite. Chinnel hat eine Gräte mit dem Sonnenschirmprobanz entfernt.

Dr. Adolph Bronner hat Fremdkörper in der Nase in fast allen Fällen leicht mit Politzer's Ballon oder der Spritze entfernen können. Bei Fremdkörpern in der Trachea ist es das Beste, zu tracheotomiren, da der Fremdkörper jeden Augenblick sich lockern und die Glottis in verhängnissvoller Weise verschliessen kann. Bei nervösen Patienten oder Kindern lässt sich Kirstein's Autoskopie oft nützlich verwenden.

Digitized by Google

Die continuirliche Nasendoucho hält er für sehr gefährlich, weniger dagegen die Anwendung der Higginson'schen Röhre. Er fragt, warum die Oesophagotomien zur Entfernung von Fremdkörpern so gefährlich seien.

Mr. W. R. H. Stewert verwirft als Otologe forcirte Wasserinjectionen bei Verstopfung der einen Nase wegen der Gefahr für die Ohren. Die Higginson'sche Röhre sei sehr zweckmässig zur gewöhnlichen Naseninjection, aber ohne Anwendung hohen Drucks von zweifelhaftem Nutzen bei Fremdkörpern. Er hat bei Fremdkörpern in der Nase im Gegensatz zu Mr. Symmonds häufig Foetor gefunden. Als seltner Fall von Fremdkörper erwähnt er eine Tonsille, die bei der Operation verloren ging und nach langem Suchen in die Choanen eingequetscht gefunden wurde.

Mr. Charsley verspricht einen Schellfischwirbel vorzuzeigen, der den Larynx eines sechsjährigen Kindes passirt hatte und unmittelbar unter der Glottis stecken geblieben war, ohne besondere Dyspnoe zu verursachen. Er war mit dem Kehlkopfspiegel leicht zu entdecken.

Dr. Sherman fragt, ob Nackensteifigkeit als Symptom eines Fremdkörpers im Oesophagus bekannt wäre. Er hat ein Kind gesehen, das 3 Wochen vorher ein Halbpennystück verschluckt hatte. Das einzige Symptom war Nackensteife: das Kind wollte den Kopf nicht bewegen, fast als ob eine Erkrankung der Halswirbel da wäre. Mit dem Laryngoscop war nichts zu sehen. Der Münzenfänger brachte das Geldstück sofort herauf.

Mr Jessop fragt Mr. Symmonds nach einer practischen Methode, die lästige Schleimsecretion bei wiederholter Untersuchung des Halses auf Fremdkörper loszuwerden. Der Sonnenschirmprobanz ist zweckmässig, ängstliche Patienten zu überzeugen, dass wirklich kein Fremdkörper vorhanden ist.

Mr. Waggett hat in Gemeinschaft mit Mr. Sydney die Röntgenschen Strahlen zur Diagnose und Behandlung von Fremdkörpern im Larynx angewendet. Sie schickten mittelst einer Crooke'schen Röhre Strahlen quer durch den Hals und erhielten nach einer Exposition von 5 Minuten klare Schattenbilder von Münzen und Fischgräten. Da die Kehlkopfknorpel durchsichtig sind und keine Orientirungszeichen auf dem Bilde geben, sind Projectionskarten, welche die Verhältnisse des Halses in einem verzerrten Bilde zeigen, angefertigt, mit deren Hilfe man jeden gegebenen Punkt localisiren kann. Ein weiteres Hilfsmittel sind Aufnahmen in verschiedenen Positionen, so dass man keine Schwierigkeit hat, Bilder zu erhalten von stereoscopischer Treue. Die verschiedenen Schattenbilder einer Anzahl Körper, die gelegentlich als Fremdkörper auftreten, sind angefertigt, um Vergleiche zu ermöglichen. Das Cryptoscop, ein mit Jodbariumcyanid bedeckter Papierschirm, hat sich weniger empfindlich gezeigt, als die photographische Platte, ermöglicht aber gleichzeitige Beobachtung. In einem verdunkelten Raum erscheint die Vorderpartie des Halses in Halbschatten, nach oben und hinten durch die schwarzen Schatten des Kiefers und der Wirbelsäule begrenzt. Das Zungenbein giebt einen deutlichen Schatten, und bei Einführung einer Sonde in den Kehlkopf oder Oesophagus können die Bewegungen des Instruments auf dem Lichtschirm ohne Schwierigkeit

Digitized by Google

verfolgt werden. Das Cryptoscop dürfte eine schätzenswerthe Hilfe bieten bei der Einführung von Zangen zur Entfernung von Fremdkörpern.

(Photographien werden gezeigt und das Cryptoscop den Anwesenden demonstrirt durch Mr. Rowland.)

Vorsitzender dankt Mr. Waggett und Mr. Rowland für ihre interessante Demonstration, die für die Diagnose und Entfernung von Fremdkörpern aus den oberen Luftwegen neue und sehr wichtige Möglichkeiten eröffne. Er fasst alsdann die Hauptpunkte der Discussion kurz zusammen und bezeichnet als solche: 1) Die Gefahr für das Ohr bei forcirten Wasserinjectionen in die Nase zur Entfernung von Fremdkörpern. Diese Gefahr hält er bei continuirlichem Strom für grösser, als bei unterbrochenem, wie ihn die Higginson'sche Röhre ermöglicht. 2) Die Gefahr, dass Stücke adenoider Wucherungen in die tieferen Luftwege gerathen, wenn die Operation am sitzenden Patienten ausgeführt wird: er befürwortet warm die Operation am hängenden Kopf. 3) Die oft falsche Localisation in den oberen Luftwegen: Empfindungen, die ihren Ursprung im Nasenrachenraum haben, werden häufig in den Larynx und die Trachea verlegt. 4) Es ist wünschenswerth, dass jeder digitalen Untersuchung eine sorgfältige Inspection vorangeht. 5) Das Bestehen von Parästhesien lange nach Entfernung des Fremdkörpers.

Zum Schluss dankt er Mr. Symmonds für seinen anregenden Vortrag.

Mr. Symond erwidert Dr. Spicer, dass er das Bestehen einseitiger Naseneiterung bei Kindern mit adenoiden Vegatationen anerkenne, er habe aber eitrige Ausflüsse ohne derartige Ursache im Auge gehabt.

Die verschiedenen Ansichten, die über den Gebrauch der Nasendouche laut geworden seien, zeigen, dass diese Methode ohne grosse Gefahr für das Ohr angewendet werden kann. Die üblen Ausgänge der Oesophagotomie sind auf septische Zellgewebsentzündung zurückzuführen. Er meint, dass man diese mit Sicherheit vermeiden könne durch Operiren in zwei Zeiten oder auch durch Gaze-Tamponade der Wunde nach der Oesophagusnaht.

II. Referate.

a) Rhinologische:

Befunde im Naseninnern von skelettirten Rassenschädeln bei vorderer Rhinoscopie. Von Dr. H. W. Bergeat in München. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. VI, p. 89, 1897.)

Die Untersuchungen sind in der Münchener anatomischen Sammlung angestellt und mussten sich auf den Einblick durch die vordere und hilfsweise noch durch die hintere Nasenöffnung beschränken. Aus den Resultaten dieser Untersuchungen, welche einige allgemeine morphologische Thatsachen erkennen liessen, sei hervorgehoben, dass die Gestalt der unteren Muschel sich mit der winkeligen Knickung ihrer Ansatzlinie in der Weise ändert, dass die ursprünglich einfach gewellte

Digitized by Google

Form (am besten erhalten beim Neger) immer senkrechter, flacher, segmentförmiger wird (Indianer). Das Siebbein erfährt vom Neger herab zum Europäer eine Verminderung seiner frontalen Ausdehnung; merkwürdiger Weise findet sich dagegen beim Europäer die grösste Häufigkeit der Zelleneinlagerung (bullöse Form) in der mittleren Muschel. Die grösste Entwicklung der Bulla ethmoidalis des Processus uncinatus gehen meistens gemeinsam; die grösste Entwicklung weist durchschnittlich wieder der Neger, die kleinste der Europäer auf. Die Neigung der mittleren Muschel nach unten auswärts wird um so bedeutender, je weniger entwickelt die im mittleren Nasengange befindlichen Siebbeintheile sind. Als auffallend möge noch hervorgehoben werden, dass nach den Scelettbefunden gerade bei der Menschengruppe mit dem augenscheinlich schwächsten Geruchssinne, bei den Europäern, in Folge der Auswärtsneigung der mittleren Muschel, der Zutritt zur Riechspalte der breiteste und freieste ist. Beschorner.

Meningoencephalitis nach Sondirung eines sogenannten Sinus frontalis. (Meningoencephalite consécutive à l'exploration d'un soi-disant sinus frontal.) Von Dr. Mermod. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 4.)

Bei einem Kranken, bei welchem eine Sinusitis frontalis dextra vermuthet wurde, wurde eine entsprechende dünne Sonde $7^1/_2$ cm weit zwei Mal eingeführt, und es entstand eine traumatische Meningitis, wegen welcher eine breite Trepanation der Stirngegend vorgenommen wurde. Man constatirte, dass überhaupt kein Sinus vorhanden war, dass vielmehr an dieser Stelle der Stirnlappen des Gehirns zu Tage lag. Tod 24 Stunden nach der Operation. Man fand eine Meningoencephalitis instrumentellen Ursprunges. Die Trepanation des Sinus frontalis, dessen anatomische Lage und Ausbreitung man ja im Voraus genau bestimmen kann, durch das Siebbein ist also keine so ungefährliche Operation. Man thut besser, von aussen durch Trepanation beizukommen. Ueberhaupt wird mit den Sondirungen des Sinus maxillaris und Sinus frontalis, mit der Diagnose der Empyeme dieser Höhlen und deren unnützen Sondirungen ein grober Unfug getrieben.

Dr. P. K.

Spontaner Ausgleich der Nasenscheidewand-Verbiegungen durch einfaches Wegbarmachen des entgegengesetzten Nasenganges. (Du redressement spontané des déviations de la cloison par simple désobstruction de la fosse nasale apposée.) Von Dr. P. Lacroix in Paris. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. X, No 1, Januar-Febr. 1897.)

Im vorliegend mitgetheilten Falle bildete sich eine sehr ausgesprochene Verbiegung der Nasenscheidewand nach links, welche den entsprechenden Nasengang verengte, zurück, nachdem aus der rechten Nasenhöhle eine stark prominirende Knochenleiste und Hypertrophien der Nasenmuschel, welche jene unwegsam machten, entfernt worden waren. Beschorner.

Digitized by Google

Ueber einen fibrocartilaginösen, zellenartigen und telangiectatischen Tumor der Nasenhöhlen. (Un cas de tumeur fibrocartilagineuse et celluleuse, télangiectatique de la cloison des fosses nasales.) Von Dr. Noquet. (Bulletin médical du nord 1896, No. 23.)

Eine 60jährige Frau wurde ohne Blutung mit dem auf Dunkelroth gebrachten galvanischen Messer operirt. Die microscopische Untersuchung ergab die im Titel genannte Zusammensetzung, welche äusserst selten ist. Dr. P. K.

Ueber die entzündlichen Abscesse der Nasenscheidewand. Von Dr. Gouguenheim. (Archiv für Laryngologie, Band V.)

Seltene Beobachtungen. Fallen auf's Gesicht, namentlich bei Kindern, ist die häufigste Ursache; bei Erwachsenen ist meist ein Faustschlag auf's Gesicht die Veranlassung. Kommt immer am vorderen unteren Theile des Septums, sehr selten höher gelegen vor. Die Symptome sind die der Nasentumoren. Verf. giebt die Diagnose, die Differentialdiagnose mit Nasenpolypen und die chirurgische Behandlung des Leidens nebst der Beschreibung von hierher gehörigen Fällen.
Dr. P. K.

Die hippokratische Rhinologie. (La rhinologie d'Hippocrate). Von Dr. Baldewein. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 9.)

Historisch interessante Abhandlung. Dr. P. K.

Vom Gebrauche der X-Strahlen und dem fluorescirenden Lichtschirme für die Nase und den Rachenraum. (De l'emploi des rayons X et des écrans fluorescents dans les régions nasales et pharyngiennes.) Von John Macintyre in Glasgow. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd X, No. 1, Januar-Februar 1897.)

Beschreibung des Verfahrens, um Bilder der anatomischen Details der Nasenhöhlen und der Kehle oder von den daselbst befindlichen Fremdkörpern und zwar unter eventueller Beihilfe gewöhnlicher Beleuchtung und eines einfachen Kehlkopfspiegels zu erhalten; erläutert durch instructive Abbildungen. Beschorner.

Ueber die Verwerthung der Röntgenstrahlen in der Rhino- und Laryngologie. Von Dr. M. Scheier in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, pag 57.)

Vermöge einfacher Durchleuchtung und mittelst des Fluorescenzschirmes documentirten sich auf diesem die verschiedensten, in die Nase eingeführten Gegenstände; genauer noch konnten die einzelnen Theile der Nase resp. der Nebenhöhlen bei der photographischen Aufnahme zur Darstellung gebracht werden. In einem Fall, wo der Sitz eines 7 mm hohen, 5 mm breiten Projectils den Symptomen zur Folge in den Siebbeinzellen, möglicher Weise in der Stirnhöhle vermuthet wurde, gab die photographische Aufnahme das überraschende Resultat, dass die Kugel sich im hinteren Theile des Kopfes in der Gegend des

Digitized by Google

rechten Felsenbeins befand. Was die Untersuchung des sehr beweglichen Kehlkopfes anlangt, so würde man nur durch Momentaufnahmen ein ideal gutes Bild erhalten; da hierzu jedoch die Lichtstärke vorläufig noch zu gering ist, muss jetzt noch das Verfahren der directen Beobachtung mit dem Schirm angewandt werden. Fremdkörper markiren sich sehr gut, da der Kehlkopf fast ganz durchscheinend sich darstellt. Beim Phoniren treten verschiedene feine Schattenlinien in der Kehlkopfgegend in's Gesichtsfeld, die man nicht sofort deuten kann. Nähere Details sind eben nicht zu unterscheiden. Ob es möglich sein wird, gutartige und bösartige Geschwülste mittelst Röntgendurchstrahlung differenziren zu können, lässt sich vorläufig noch nicht sagen.

Beschorner.

Nasensarcom mit Heilung. (Un cas de sarcome du nez après guérison.) Von Dr. Bond. (Société de laryngologie de Londres, 11. novembre 1896, und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 10.)

Ein Sarcom befand sich links am Nasenboden, an der Scheidewand und links unten aussen der äusseren Seite. Der Schnitt wurde im linken Sulcus senkrecht geführt, die Nase nach rechts herübergeschlagen. Die Scheidewand wurde mit dem Boden und dem Tumor entfernt; der Rest wurde ausgekratzt und mittelst Thermocauter gebrannt. Die Nase wurde wieder nach links herübergeschlagen und vernäht. Heilung.

Dr. P. K.

Beiträge zur Olfactometrie. Von Frl. Dr. med. Ludwika Goldzweig aus Lublin. (Arch. f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, pag. 137.)

Autorin stellte sich die Aufgabe, sowohl das quantitative als auch das qualitative Verhalten des Geruchs bei Kranken zu untersuchen. Daraufhin nahm sie bei 12 Fieberkranken Geruchsmessungen vor und bediente sich hierzu eines Olfactometers, dessen Construction nur wenig von dem von Zwaardemaker abweicht, während sie zur qualitativen Messung (bei 42 Patienten) Jodoform, Menthol, Naphthylamin, Oleum Cinnamomi, Acid. acetic. glacial. und Liquor Ammonii anisat. verwandte. Ueberdies versuchte sie den Einfluss der localen Vergiftung mit Cocain auf die Geruchsperception zu bestimmen und endlich die Ermüdbarkeit des Geruchs bei anhaltendem Riechen einer und derselben Riechsubstanz an mehreren Personen mittelst Jodoform und Oleum Santali zu prüfen. Die erlangten Resultate waren folgende: 1) Fieber setzt die Geruchsempfindung herab, so lange die Erhöhung der Körpertemperatur dauert; 2) Cocain setzt nicht nur die Tastempfindung der Nase, sondern auch die echte Geruchsempfindung herab, freilich bisweilen in etwas unregelmässiger Weise; 3) das Geruchsorgan wird durch anhaltendes Empfinden einer bestimmten Geruchsqualität so ermüdet, dass es dieselbe eine Zeit lang nicht mehr wahrnimmt; 4) bei verschiedenen Krankheiten, besonders bei solchen nervöser Natur, wird die Geruchswahrnehmung nicht nur qualitativ, sondern auch quantitativ beeinträchtigt.

Beschorner.

Digitized by Google

Ueber Abscesse der Nasenscheidewand. (De l'abcès de la cloison du nez.) Von Dr. Arslan. (Bullett. delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 14.)

Von den acht vom Verf. beobachteten Fällen war keiner traumatischen Ursprungs; die idiopathischen und symptomatischen Fälle sind also nicht so selten, wie allgemein angenommen wurde, kommen meist an der Cartilago quadrangularis, als dem meist ausgesetzten Knorpel, vor.

Dr. P. K.

Beiträge zur pathologischen Histologie der hypertrophischen Nasenschleimhaut. Von Dr. L. Polyák in Budapest. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. VI, p. 101, 1897.)

Die betreffenden microscopischen Untersuchungen erstreckten sich auf über 300 theils typische Schleimpolypen, theils glatte Hypertrophien der unteren und mittleren Muschel, ferner auf die himbeerförmigen, sog. papillomatösen Hypertrophien der unteren Muschel, welche durch 64 intranasale Operationen gewonnen wurden und berichtet P. über einen kleinen Theil seiner Resultate, welche er über die in der hypertrophischen Schleimhaut vorkommende, ausführlich nur wenig beschriebene hyaline und colloide Entartung der Zellen gewonnen hat. Dieselben müssen im Originale, dem farbige Abbildungen beigegeben sind, nachgelesen werden.

Beschorner.

Gefahren und Unzweckmässigkeit der Nasenspülungen. (Des dangers et de l'unitilité des irrigations nasales.) Von Dr. Bresgen. (Die Praxis und Revue de laryngologie et d'otologie 1897, No. 17.)

Verf. bekämpft den ausgedehnten Gebrauch der Nasendouche, besonders in den Händen der Patienten. Die Gefahr ist grösser, als allgemein angenommen wird, und der Effect der Douchen ist sehr problematisch.

Dr. P. K.

---

b) Pharyngo-laryngologische:

Behandlung der Sängerknötchen. (Traitement des nodules vocaux.) Von Dr. Ricardo Botey. (Archivos latinos de rinologia, laring., otologia und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 10.)

Entstehen nur aus Excessen der Stimme oder mangelhafter Erziehung der Stimme; sind viel häufiger, als allgemein angenommen wird. Man muss bei der Krankheit eine Voranlage annehmen: die Stimmbänder sind nicht nur catarrhalisch afficirt, sondern sie stossen in ihrem vorderen Theile an einander, kleben zusammen und zerquetschen sich sozusagen; beim Phoniren bedarf es eines stärkeren Luftstromes, um selbe zum Vibriren zu bringen. Die Knötchen befinden sich nur bei Sopran- und Tenorstimmen, wo das vordere Drittel der Stimmbänder blos vibrirt (?), und eben gerade finden sich die Knötchen am meisten zwischen dem vorderen und mittleren Drittel der Stimmbänder. Bariton- und Bassstimmen haben keine Sängerknötchen, weil sie die Bruststimme singen und bei ihnen die Stimmbänder in ihrer ganzen

Digitized by Google

Länge vibriren. Nicht sowohl das viele Singen, als das dem Larynx nicht geeigneten Töne-Singen bringt Sängerknötchen. Uebrigens haben dramatische Künstler und Leute, welche viel schreien müssen, am häufigsten Sängerknötchen. Verf. giebt die Prophyllaxe der Krankheit, die orthophonische Behandlung, die Ursachen der Zerstörung der schönsten Stimmen in jetziger Zeit, die Vorsichtsmassregeln, welche bei schon ermüdeter Stimme zu nehmen sind, wenn doch gesungen werden muss, endlich die Thermal- und die chirurgische Behandlung: Capitel, welche am besten im Original nachgelesen werden.

Dr. P. K.

Oesophagusdiverticulum. (Diverticulum de l'oesophage.) Von Dr. Vigot. (Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Interessantes Diverticulum, bei einem Hingerichteten zufällig entdeckt.

Dr. P. K.

Beiträge zur Operation des Kehlkopfkrebses. Von Dr. W. Hansberg in Dortmund. (Archiv für Laryngologie etc. 1896, Bd. V, pag. 154.)

H. bespricht an der Hand sorgfältig berücksichtigter Literatur und eigener, ausführlich mitgetheilter Beobachtungen in eingehender Weise die Operationsmethoden, welche beim Kehlkopfkrebs in Betracht kommen: die Exstirpation der Geschwulst per vias naturales, die Laryngotomie mit Entfernung von Weichtheilen (Excision), die Laryngotomie mit Entfernung von Knorpel und Weichtheilen (Resectio laryngis) und die totale Exstirpation, eventuell mit Fortnahme erkrankter Adnexa. Diesen Besprechungen fügt er eine Tabelle bei, welche wohl die sämmtlichen (154) wegen Larynxcarcinom operirten Fälle, die in der Literatur seit dem Jahre 1889 vorhanden sind, enthält. Daraus lässt sich entnehmen, dass die Heilungen der neueren Zeit sich gegen früher verdoppelt haben und die Todesfälle in Folge von Operation ausserordentlich zurückgegangen sind. Insbesondere waren die definitiv Geheilten der neueren Zeit vorzugsweise solche, die nach den conservativen, schonenderen Methoden operirt wurden, während bei den Totalexstirpationen nur drei Heilungen zu verzeichnen waren. Daraus resultirt gleichzeitig ein höherer Werth der Heilungen, insofern als die Geheilten in der grössten Mehrzahl der Fälle später nicht gezwungen waren, eine Dauercanüle zu tragen und der Kehlkopf die frühere, wenn auch gewöhnlich herabgesetzte natürliche Functionsfähigkeit wiedererlangte.

Beschorner.

Schwere Blutung nach Tonsillotomie. (Un cas d'hémorrhagie grave consécutive à la tonsillotomie.) Von Dr. Piergili. (Archiv. ital. di otol. rhinolog. e laringolog. und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 41.)

Bekanntlich kommen die Blutungen in vier Fällen vor: die parenchymatöse Blutung bei grossen harten Mandeln, bei Hämophylie, bei anormalem Gefässverlauf und bei Verletzung der Carotis. Verf. giebt den Fall, wo nach Entfernen beider Mandeln mit dem gewöhnlichen

Digitized by Google

Fahnenstock-Mathieu'schen Tonsillotom sieben Stunden später eine Blutung rechts auftrat, welche mit den gewöhnlichen Mitteln (Eis, Compression der Carotis, Ergotin subcutan, Bepinselung der blutenden Fläche mit Höllensteinlösung) gestillt wurde, nach neun Stunden von Neuem auftrat, dann sich am anderen Tage wiederholte, um drei Tage später und wieder fünf Tage nach der letzteren sich zu wiederholen. Endlich musste wegen Lebensgefahr die Ligatur der Carotis ausgeführt werden. Während zwei Tagen nach der Operation zeigte Patient Convulsionen und Parese der rechten Körperhälfte; subcutane Einspritzungen von Ferrum citricum ammoniacale. Heilung.

Dr. P. K.

Thyrotomie wegen Larynxepithelioma. (Cas de thyrotomie pour epithelioma du larynx.) Von Dr. Felix Semon. (Société laryngologique de Londres, séance du 13. Mai und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 42.)

Die Operation wurde bei einem 65jährigen Manne mit Erfolg ausgeführt; die nachher auftretenden Granulationen sind nicht ängstlicher Weise als Recidiv aufzufassen. Dr. P. K.

Die anatomische Untersuchung des Kehlkopfes bei Larynxstenosen. Von Dr. C. Benda in Berlin. (Archiv für Laryngologie etc. 1896, Bd. V, pag. 228.)

Für Fälle, wo die Betrachtung von Querschnitten des Kehlkopfes zur Beurtheilung gewisser pathologischer Verhältnisse wünschenswerth erscheint, z. B. um festzustellen, in wie weit Schwellungszustände der Wandungen, Exsudate, Fremdkörper zu Larynxstenosen Veranlassung geben, ist die seitherige Methode, durch Einschnitte von hinten her, zugleich mit Aufbiegen oder Aufbrechen der knorpeligen Wände, den Kehlkopf zu eröffnen, nicht geeignet, und für diese Fälle empfiehlt B., das Präparat durch 24stündiges Einlegen in 10proc. Salpetersäure, dann in Müller'sche Flüssigkeit, zu erhärten und gestattet dann die Festigkeit der Gewebe die Anlegung von glatten Durchschnitten, welche ein genaues Studium der Lagerungsverhältnisse und der Gestaltung der betreffenden Hohlräume ermöglicht. Eine Anzahl von Abbildungen derartiger Durchschnitte bringt die Zweckmässigkeit des Verfahrens zur Anschauung. Beschorner.

Wirkung des Reflexes des Pharynx und gewisser Hautregionen auf die hysterischen Anfälle. (Pouvoir hystéroclasique du reflexe pharyngien et de certains reflexes tégumentaires.) Von Dr. Clozier. (Académie de médecine de Paris, séance du 27. octobre 1896, und Semaine médicale 1896, No. 54.)

Ein mechanischer Reiz des laryngealen Theiles des Pharynx, ein Kitzeln der Nasenschleimhaut, ein Kneifen oder Drücken der Haut können die hysterischen Anfälle beliebig zum Stillstand bringen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Posticuslähmung bei Gonorrhoe. Von Dr. Lazarus in Berlin. (Archiv für Laryngologie etc. 1896, Bd. V, pag. 232.)

Ein 32jähriger Hausdiener, der sechs Wochen vor seiner Aufnahme in's Krankenhaus zum ersten Male an Gonorrhoe, dann mit Schmerzen in verschiedenen Gelenken erkrankt war, musste wegen zunehmender Athemnoth und schliesslicher Erstickungsgefahr, Folge von fast straffer Contraction der in der Mittellinie stehenden Stimmbänder, tracheotomirt werden. Danach schnelle Rückbildung des Krankheitsprocesses und Genesung. Wenn gleich Gonococcen nicht nachgewiesen werden konnten, nimmt L. doch an, dass es sich bei dem, mit relativ geringen Schmerzen, mit wenig oder gar keinen acut entzündlichen Schleimhaut-Erscheinungen sich rasch vollziehenden, kaum auf acht Tage sich erstreckenden Verlaufe, um eine, auf einer acut entstehenden Entzündung des Nerv. laryng. infer. sich begründende Posticus-Lähmung gehandelt hat und dass das gleichzeitige Zusammentreffen mit Gonorrhoe und mit mehrfachen Gelenkerkrankungen die Annahme wohl gerechtfertigt erscheinen lasse, dass man es mit einer gonorrhoischen Neuritis des Nerv. laryng. infer. mit Posticuslähmung zu thun hatte.

Beschorner.

Exstirpation eines malignen Tumors des linken Stimmbandes durch Thyrotomie. (Thyrotomie. Exstirpation d'une tumeur maligne de la corde vocale droite.) Von Dr. Pantaloni und Dr. Thomas. (Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 42.)

Die prophylactische Tracheotomie, Tamponade der Trachea, Thyrotomie und Exstirpation in derselben Sitzung. Heilung. Dr. P. K.

Ueber die schwarze Zunge oder Glossophytie. (De la langue noire ou glossophytie.) Von Dr. Rostovtzev. (Gazette de Botkin und Revue hebdomadaire de laryngologie 1896, No. 38.)

Nachdem Verf. die ganze Literatur des betreffenden Leidens durchgegangen ist, kommt er, ebenfalls auf seine Beobachtungen gestützt, zu dem Schlusse, dass die schwarze Zunge aus einer Hypertrophie der Papillae filiformes mit Infiltration durch Microben, wahrscheinlich durch den Cladothrix und Saccharomyces besteht; übrigens muss die Färbung nicht nothwendiger Weise schwarz, sondern sie kann auch blau und gelb sein. Dr. P. K.

Kleinere Beiträge zur Aetiologie der Lungentuberculose. Von Dr. W. Freudenthal in New-York. (Archiv für Laryngologie etc. 1896, Bd V, pag. 124.)

Die Beobachtung, dass die Ursachen, welche für Entstehung des Retronasalcatarrhs günstig waren, auch bei der Aetiologie der Tuberculose sehr schwer in's Gewicht fielen, veranlasste F., der Frage näher zu treten, ob ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheiten besteht, und ob vielleicht die Tuberculose in vielen Fällen weiter nichts als die nothwendige Folge eines Nasenrachencatarrhs ist. F. stellte nun Untersuchungen an 133 Kranken (ohne Auswahl) an, davon 52

Digitized by Google

tuberculös, 81 anders krank waren, aber nicht über Beschwerden im Halse oder in der Nase klagten. Es wurde Secret aus dem Cavum pharyngonasal. entnommen und auf Microorganismen geprüft. Hierauf wurde jener Raum ohne vorherige Kenntniss der jeweiligen bacteriologischen Befunde oder der allgemeinen Diagnose explorirt, und aus dem Resultate dieser Untersuchungen ging hervor, dass sehr häufig tuberculöse Processe im Nasenrachenraum sich ausbilden, was um so einleuchtender und erklärlicher erscheint, als der Nasenrachenraum, insbesondere wenn er durch die deletäre Wirkung des Catarrhs seines Flimmerepithels beraubt ist, zur Haftung und Entwicklung der Tuberkelbacillen nach jeder Richtung hin ungewöhnlich günstige Verhältnisse bietet, mehr aber noch als durch die bei Retronasalcatarrhen massenhaft sich bildenden Coccen, nach Babes' Untersuchungen, das Eindringen jener Bacillen in die Schleimhaut dieser Theile wesentlich erleichtert wird. Sind sie aber einmal in das Lymphgewebe gelangt, so wandern sie mit dem Lymphstrom wieder bis in die gröberen Lymphgefässe und schliesslich in den Ductus thoracicus. Wir haben es eben mit einer rein localen Erkrankung zu thun, die erst später durch genannte günstige Verhältnisse zu einer constitutionellen wird.

Beschorner.

Streptococcenangina mit nachfolgender Gaumensegellähmung. (Angine streptococcique suivie de paralysie du voile du palais.) Von Dr. Lavrand. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue hebdomadaire de laryngologie 1896, No. 39.)

17 Tage vor Eintritt der Angina hatte die bacteriologische Diagnose blos Streptococcen, keine Diphtheritis bei einem 5jährigen Kinde ergeben. Dr. P. K.

Bluthusten und Hautemphysem nach necrotischer Larynxfractur. (Cas d'hémoptysie et d'emphyseme souscutané à la suite de fracture d'un larynx nécrosé.) Von Dr. S. Middleton. (Glasgow Medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Ein 70jähriger Mann fiel auf den Hals; die seit langer Zeit latent bestehende Necrose der Larynxknorpel zeigte sich auf einmal durch einen unbedeutenden Fall auf den Hals. Blutsturz und Hautemphysem werden selten als Folge solcher Fracturen beobachtet. Dr. P. K.

Etwas über die Geschichte des Musculus levator corpus thyroidei von Samuel Sömmering oder Musculus thyroglandularis von Juvara. (Un mot d'histoire sur le muscle élevateur de la glande thyroide de Samuel Sömmering ou muscle thyroglandulaire de Juvara.) Von Dr. Sebileau. (Bulletin de la société anatomique de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Im Jahre 1894 hat Juvara einen kleinen Muskel beschrieben, welcher von der Cartilago thyroidea zum Isthmus corpus thyroidei geht und behauptet zugleich, dass die Autoren diesen Muskel übersehen

Digitized by Google

hätten. Sebileau berichtigt nun diese Behauptung in dem Sinne, dass Lauth von Strassburg 1835, Testut 1887, Debierre 1890, Beaunis, Bouchard und von Neuem Testut 1893 diesen Muskel erwähnen. Testut citirt eine alte Arbeit über diesen Muskel von Sömmering und Winslow, sowie ferner eine andere von Walsham und Macalisher. Man soll also den Sömmering'schen Namen Levator glandulae thyroideae ruhig beibehalten, statt denselben mit dem Namen Thyroglandularis von Juvara zu ersetzen. Dr. P. K.

Exostose im Rachengewölbe, zufällig mit der Operation adenoider Vegetationen beseitigt. (Exostose de la voute pharyngée, enlevée parhasard avec des végétations adénoides.) Von Dr. Lichtwitz in Bordeaux. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. X, Heft 1, Januar-Februar 1897.)

Bei einem 11jährigen Mädchen wurden mittelst Pharyngotonsillotoms adenoide Vegetationen aus dem Nasenrachenraum entfernt. Es fiel der Widerstand auf, welcher sich bei Verwendung des Instruments geltend machte. Bei Durchsicht der entfernten Massen fand sich ein zufällig mit herausbefördertes Knochenstück von 1 cm Länge und 5 mm Breite. Ueber Provenienz und Ansatzort dieser Exostose (denn um eine solche handelte es sich zweifellos) liess sich Genaueres nicht feststellen. Fälle von Knochenprominenzen im Nasenrachenraum wurden bislang am Lebenden nur von Helme und Roth beobachtet und beschrieben. Beschorner.

Polypen der inneren Wangenseite. (Polypes de la face interne des joues.) Von Dr. Sabrazès. (Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 39.)

Drei Fälle, von denen je einer ein Fibrolipom, der andere ein Schleimpolyp, der dritte ein fibröser Polyp war. Verf. betont das Vorkommen des Glycogens bei gutartigen Tumoren. Dr. P. K.

Larynxlähmungen bei Typhus. (Paralysies laryngées dans la fièvre typhoide.) Von Dr. Boulay und Dr. Mendel. (Archives générales de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Selten im Vergleich zu den typhoiden Larynxerkrankungen. Auf 17 theils selbst beobachteten Krankengeschichten sich stützend, haben die Autoren gefunden, dass diese Lähmungen sich meistens bei Abfall des Fiebers und in der Reconvalescenz ausbilden, dass alle Muskeln ergriffen werden können, dass die Cricoarytenoidei postici aber am häufigsten gelähmt werden, dass demgemäss die Tracheotomie sehr häufig ausgeführt werden muss. Meistens muss die Canüle auf immer getragen werden. Die Pathogenese des Leidens ist noch dunkel und ist das Capitel der typhoiden Larynxlähmungen noch nicht genügend studirt. Dr. P. K.

Digitized by Google

Zungenspatel mit Gegendruck. (Abaisse-langue à contre-pression.) Von Dr. A. Courtado in Paris. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. X, Heft 1, Januar-Februar 1897.)

Das Instrument, dessen Abbildung beigegeben, ist sehr leicht anzulegen und hält die Zunge von selbst fest nach unten, so dass Operationen an den Mandeln und im Nasenrachenraum, bei der Möglichkeit des freien Gebrauchs beider Hände, leicht vorzunehmen sind.

Beschorner.

Histologische Studie über die Thyroidimpfung. (Etude histologique de la greffe thyroidienne.) Von Dr. Christiani. (Bulletin de la société de biologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Wurde mehrere Male auf Ratten nach vollzogener Thyroidectomie und immer mit Erfolg gemacht. Microscopische Schnitte, welche zu verschiedenen Zeiten nach Einpflanzung des Drüsenstückes an diesen Stücken gemacht wurden, zeigten, dass die eingepflanzten Stücke nie atrophisch wurden, sondern immer regenerirten und wahre Schilddrüsen darstellten. Die Regeneration ging von der Peripherie zum Centrum und ungefähr nach drei Monaten war eine Schilddrüse fertig.

Dr. P. K.

Laryngotracheale Perichondritis mit Abscessbildung. (Périchondrite laryngotrachéale avec abcès.) Von Dr. F. J. Moure. (Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 14.)

Aehnlich wie bei Typhus kann auch bei Influenza eine Perichondritis mit Eiterbildung an den Larynx- und Trachealknorpeln vorkommen. Verf. giebt die Krankengeschichte eines solchen Falles.

Dr. P. K.

Die Schleimhautcysten der Oberkieferhöhle. Von Dr. A. Alexander in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. VI, p. 116, 1897.)

Mittheilung von sechs einschlägigen Fällen der Kgl. Universitätspoliklinik für Hals- und Nasenkranke zu Berlin, betreffend fünf männliche, eine weibliche Personen im Alter von 31—52 Jahren. Allgemeine Bemerkungen über pathologische Anatomie, Häufigkeit und Multiplicität dieser Gebilde, ihre Localisation, Grösse, Farbe, Art und Structur der Wandungen, ihren Inhalt, Aetiologie und Art ihrer Entstehung, Symptomatologie, Diagnose und Therapie.

Beschorner.

Lähmung des Musculus cricoarytenoideus lateralis linkerseits nach Influenza. (Un cas de paralysie isolée du muscle cricoaryténoidien latéral gauche consécutive à l'influenza.) Von Dr. Onodi. (Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 14.)

Seltene Fälle. Verf. giebt eine solche Krankengeschichte.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Künstlicher Kropf durch subcutane Injectionen von Schilddrüsensaft. (Goître expérimental par injections souscutanées d'extrait thyroidien.) Von Dr. G. Ballet und Dr. E. Enriquez. (Bulletin et mémoires de la société médical des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Es wurde ein Hund mit subcutanen Injectionen von Glycerinextract von Hammelschilddrüse überfüttert; während 14 Tagen erhielt das Versuchsthier 16 ccm des Arsonval'schen Präparates. Es entstanden Fieber, Tachycardie, Diarrhoe, Zittern und als wichtiges Symptom Halsanschwellung durch Quellen des rechten Schilddrüsenlappens. Nach Sistiren der subcutanen Einspritzungen wurden alle Symptome rückgängig. Man begann eine neue Serie von Injectionen, und traten dieselben Symptome und vor allen die rechte Thyroidealanschwellung wieder auf. Dr. P. K.

Zu Onodi's Stimmbildungscentrum. Experimentelle Untersuchung. Von Dr. Grabower in Berlin. (Archiv für Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, pag. 42.)

G. stellte durch acht an sieben Hunden vorgenommene Versuche, d. h. durch Zerstörungen, welche die ganzen von Onodi angegebenen Hirnbezirke (und noch weit darüber hinaus) betrafen, fest, dass das von dem Genannten angegebene Phonationscentrum nicht existirt, — durch weitere Versuche aber, und zwar durch quere Durchschneidung des Ventrikels 14 mm hinter dem hinteren Vierhügelpaare, dass das Phonationscentrum hier beginnt und von hier ab noch einige Millimeter distalwärts herabreicht. Es entspricht diese Stelle der Grenze des vorderen und mittleren Drittels der Ala cinerea. Das durch Zerstörung der bezüglichen nervösen Substanz sich ergebende Resultat bestätigt somit das von Semon und Horsley durch Reizung gefundene, welches ebenfalls die Ala cinerea als ein Phonationscentrum erkennen lässt. Beschorner.

Larynxexstirpation wegen Myxochondrom. Larynxexstirpation wegen Epithelioma; Excision zahlreicher Drüsen. (Cas d'excision du larynx pour myxochondrome. Cas d'excision complète du larynx pour épithélioma; nombreuses glandes exstirpées.) Von Dr. Boud. (Société de laryngologie de Londres, séance du 8. janvier 1896 und Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 14.)

Beide Fälle heilten ohne Recidive. Dr. P. K.

Ueber die bacteriellen Mischformen bei Diphtheritis. (Sur les associations bactériennes dans la diphtérie.) Von Dr. Blasi und Dr. Russotravali. (Annales de l'institut Pasteur, Juillet 1896, und Semaine médicale 1896, No. 59.)

Wenn bei Diphtherie andere Microben, namentlich der Streptococcus, beigemischt sind, so verschlimmert sich die Prognose. In drei von Verff. beobachteten und tödtlich endenden Fällen befand sich der Colibacillus dem Löffler'schen beigemischt. Die in dieser Hinsicht

Digitized by Google

vorgenommenen Experimente bestätigen die klinischen Beobachtungen: Mit einer Mischung der beiden Microben geimpfte Thiere starben in den ersten 24 Stunden, während Thiere mit jedem der Microben für sich allein geimpft gar nicht oder erst später starben; mit ganz kleinen Dosen erhielt man dieselben Resultate, blos lebten die Thiere länger.

Dr. P. K.

Bacteriologische Untersuchung eines Falles von Maul- und Klauenseuche beim Menschen mit tödtlichem Ausgang in Folge Hinzutritts von acuter Leukämie. Von Dr. Bussenius in Berlin. (Archiv für Laryngol. etc., Bd. VI, Heft 1, pag 1.)

Durch ausserordentlich umfangreiche und genaue bacteriologische Untersuchungen und nach Prüfung der Pathogenität durch Thierversuche, welche er gelegentlich eines Falles von Maul- und Klauenseuche bei einem 20jährigen Schriftsetzer vornahm, wurde B. die Vermuthung zur feststehenden Thatsache, dass die Mundseuche des Menschen und die Maul- und Klauenseuche des Viehes durch ein und denselben Microorganismus hervorgerufen wird. Er fand und beschreibt einen kleinen Bacillus, den er als Erreger ansieht, weil er fast ausnahmslos in Secreten, Blut und Organen des frisch erkrankten Thieres oder Menschen zu finden ist, weil ein Lebewesen mit gleichen morphologischen und biologischen Eigenschaften im Blut und in den Organen des kranken oder gesunden thierischen Körpers sonst nicht bekannt ist und weil die Verfütterung von Reinculturen dieses Bacillus bei geeigneten Impfthieren typische Krankheitsbilder zu erzeugen vermag. Der kleine ovoide Bacillus zählt gemäss seinen culturellen Merkmalen zur grossen Gruppe der Typhus- und Bacterium coli commune-ähnlichen Lebewesen, aus der er sich aber, besonders durch morphologische Eigenthümlichkeiten, besser heraushebt, wie z. B. der Bac. typh. abdom. Die nach Verfütterung des kleinen ovoiden Bacillus eintretenden typischen Krankheitssymptome schliessen die Vermuthung aus, dass es sich um eine besonders virulente, kleine Form des Bacterium coli commune handeln könne.

Beschorner.

Beitrag zum Studium der Verhältnisse, welche zwischen Menschendiphtheritis und Vogeldiphtheritis bestehen. (Contribution à l'étude des rapports qui excitent entre la diphtérie humaine et la diphtérie aviaire.) Von Dr. Ferré und Dr. G. Faquet. (Compte rendu de la société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux 1896 und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 46.)

Bei Vögeln haben die Verff. den B. coli communis und den Löffler'schen Bacillus gefunden. Die Culturen letzterer haben genau dieselben chemischen Reactionen und microscopischen Bilder wie beim Menschen. Nach Injectionen bei Thieren entstehen dieselben krankhaften Symptome, Pseudomembranen und Lähmungen. Verff. glauben an die Uebertragung der Diphtheritis von Menschen auf Vögel und vice versa.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Mandelsteine. (Calculs des amygdales.) Von Dr. Anthelme Combe und Dr. Dubousquet-Laborderie. (La tribune médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 10.)

Ein haselnussgrosser, 22 mm in seinem grössten Durchmesser messender und 3,15 g wiegender Mandelstein entfernte sich spontan bei einem 15jährigen Knaben; er war aus organischen Substanzen, sowie aus Kalk und Magnesiasalzen zusammengesetzt. Es bestanden weder Schmerz, noch entzündliche Reaction dabei. Dr. P. K.

Neue Untersuchnungen über Falsetstimmen. Von Dr. Rethi (K. K. Gesellschaft der Aerzte Wiens, Sitzung vom 13. November 1896.)

Verf.'s Experimente beweisen, dass das Wesentliche im Zustandekommen des Falsettones in einem Fester- und Resistenterwerden der Stimmbänder bestehe und dass dies in der Regel durch die Contractionen der Musculi cricothyroidei zu Stande komme. Nur der innere Rand der Stimmbänder schwingt, es bilden sich keine Knotenpunkte, die Kante läuft wellenförmig nach aussen ab, was nie beim Brustton zu sehen ist. Dr. P. K.

Ueber das Eindringen der Fremdkörper in den Larynx bei Greisen. (De la pénétration des corps étrangers dans le larynx des vieillards.) Von Dr. G Ferreri. (Archivio italiano di otologia, rhinologia et laringologia und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 9.)

Ein 73jähriger Mann verschluckte während der Mahlzeit ein Stückchen Holz, welches Anfangs nicht gefunden wurde; es entstand ein Abscess am rechten Aryknorpel, nach dessen künstlicher Entfernung konnte am anderen Tage das Holzstückchen mittelst der Zange entfernt werden. Verf. giebt die Gründe des leichteren Eindringens der Fremdkörper in die Luftwege bei Greisen. Dr. P. K.

Die directe Besichtigung und Behandlung der Gegend der Tonsilla pharyngea und der Plica salpingo-pharyngea in ihrem obersten Theil. Von Dr. W. Lindt jun. in Bern. (Arch. f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, pag. 47.)

Beschreibung der Methode und des zu ihrer Ausführung erforderlichen, besonders geformten Gaumenhakens (Abbildung beigegeben). Sie bietet vor der indirecten Besichtigung die Vortheile, dass das Bild ein viel deutlicheres wird, dass man keines Zungenspatels, keines Assistenten, nicht der Beihilfe des Patienten bedarf und dass sie Leichtigkeit, Sicherheit und Schnelligkeit der Application der Sonden, Brennen etc., sowie sichere Verhütung der Nebenverletzungen gewährleistet. Die Methode ist der Katzenstein'schen[1]) verwandt, nur wird der Patient von Lindt sitzend, nicht am hängenden Kopfe wie von Jenem untersucht. Beschorner.

---

[1]) Vergl Monatschr. f. Ohrenheilk. etc., Jahrg. XXXI, pag. 129.

Digitized by Google

Eiterige Thyroiditis mit Talamon-Fraenckel'schen Pneumococcen. (Thyroidite suppurée à pneumocoques Talamon-Fraenckel.) Von Dr. Durante. (Bulletin de la société anatomique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Trat als Complication während der Reconvalescenzperiode einer genuinen Pneumonie auf. Der Abscess wurde aufgeschnitten und heilte. Die microscopische Untersuchung ergab den betreffenden Bacillus. Denselben fand man auch im Blute. Einer Maus inoculirt, brachten sie den Tod in 36 Stunden herbei. Seltene Fälle. Dr. P. K.

Ueber den gesundheitlichen Werth des Singens. Von Dr. Barth in Köslin. (Arch. f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, pag. 67.)

B. stellt Betrachtungen an über den Einfluss des Singens auf Lungen- und Herzthätigkeit, sowie auf Herzkrankheiten, ferner auf den Kreislauf und den Blutgehalt der Lungen, auf das Blut selbst, auf den stimmbildenden Apparat und die oberen Luftwege, auf das Ohr und auf das Allgemeinbefinden, er bespricht ferner die Einwirkung des Singens auf die Entwicklung des Brustkastens durch Uebung der Athmungsmusculatur und auf den Stoffwechsel, sowie seine mechanische Einwirkung auf die Thätigkeit der Verdauungsorgane; er kritisirt das Singen als Schutzmittel gegen chronische Lungenerkrankungen, recapitulirt die ärztlichen Erfahrungen über den Nutzen des Singens für die Athmungsorgane, beleuchtet das Verhältniss zwischen Singen und pneumatischer Therapie, sowie anderen Körperübungen, und kommt bei alledem zu der Ueberzeugung, dass Singen sich mit jeder anderen gymnastischen Uebung bezüglich seines gesundheitlichen Werthes vergleichen kann, während es aber den Vorzug hat, dass es zu jeder Jahreszeit gleichmässig, täglich, an jedem Ort geübt werden kann, dass es keinen besonderen Apparat und besondere äussere Verhältnisse erfordert, dass es vor allen Dingen auch dem weiblichen Geschecht unbestritten zugestanden wird, während andere gymnastische Uebungen gar zu sehr der Mode und Tradition unterliegen. Soll es aber, schliesst B., von nachhaltigem Einfluss auf Wohlbefinden und Gesundheit sein, dann muss es auch mit sorgfältiger Gründlichkeit und Regelmässigkeit nach den Vorschriften einer Methode geübt werden, welche auch vor der Kritik der Physiologie besteht. Beschorner.

Behandlung der Aneurysmata der unteren Halsgegend durch Ligatur der Carotis communis dextra und der Subclavia dextra zugleich. (Traitement des anévrysmes de la base du cou par la ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite.) Von Dr. Aimé Guinard. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 11.)

Verf. hat die Operation sechs Mal ausgeführt und der Erfolg ladet zur Operation ein. Verf. giebt die Geschichte seiner Patienten und die practischen Schlüsse, welche man daraus ziehen kann. Am Ende seiner gediegenen Arbeit kommt er zu folgendem Schlusssatz: Die gleichzeitige Ligatur der rechten Carotis communis und rechten Subclavia ist die einzige Operation, welche ein günstiges Resultat bei Aneurysmen

Digitized by Google

der unteren Halsgegend verspricht, also bei Aneurysmen der Aorta ascendens, des Truncus brachiocephalicus, der Carotis communis dextra und der Subclavia dextra. Die Operation an sich ist unschuldig, blos muss man selbe frühzeitig ausführen, besonders bevor Druckerscheinungen auf die anderen Halsorgane, namentlich auf die linksseitigen Halsgefässe aufgetreten sind. Dr. P. K.

Einfluss des Schilddrüsensaftes auf die Ernährung. (Influence des extraits thyroidiens sur la nutrition.) Von Dr. Charrin. (Bulletin de la société de biologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Den Kaninchen beigebracht, magern die Thiere ab. Die fettsüchtigen und myxomatösen Patienten magern ebenso ab; hörte die Behandlung auf, so trat die Fettsucht wieder auf. Dr. P. K.

Entfernung eines Fremdkörpers aus den Luftwegen eines 4jährigen Knaben. Von Dr. Noltening in Bremen. (Arch. f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, pag. 154.)

Ein 4jähriger Knabe hatte eine 8 mm dicke, mit vielen Facetten versehene, von einem 2 mm weiten Loche durchsetzte, schwarze Glasperle aspirirt. Dieselbe hielt sich 6 Tage theils frei beweglich, theils im Bronchus eingekeilt in den Luftwegen auf, ohne zu nennenswerthen Reizerscheinungen Veranlassung zu geben. Tracheotomie. Alle Versuche aber, den Fremdkörper durch Schütteln des Kranken in umgekehrter Stellung oder mittelst Sonden durch die Trachealwunde zu entfernen oder ihn mittelst eingeführten Catheters zu aspiriren, schlugen fehl, und erst nach einem Erstickungsanfall trat er spontan dergestalt in die Trachealöffnung, dass er mittelst Kniepincette entfernt werden konnte. Beschorner.

Tonische Wirkung des Schilddrüsenextractes. (Action tonique de l'extrait thyroidiens.) Von Dr. Gley. (Bulletin de la société de biologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 7.)

Bei einem Hunde unter die Haut gespritzt, traten Erstarrung, tiefer Schlaf, selbst Coma, Convulsionen und Tod auf, wenn der Succus in eine Vene gelangte. Alle diese Symptome konnte Horsley nicht wahrnehmen. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Pharynxparästhesie. (Deux cas de paresthésie pharyngée.) Von Dr. Boulay. (Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 14.)

Von zwei jungen Mädchen hatte das eine das Gefühl von Kitzel, das andere Brennen wie nach Pfeffergenuss im Halse. Beide heilten nach Auskratzen sehr kleiner adenoider Vegetationen im Nasenrachenraum, welch' letztere jedoch gar keine Symptome hervorgerufen hatten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Doppelseitige Lähmung beider Stimmbänder bei Syphilis. (Un cas de paralysie bilatérale des cordes vocales d'origine syphilitique.) Von Dr. J. Bunch. (The Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 9.)

Der Titel sagt Alles. Die Tracheotomie musste ausgeführt werden. Solche Fälle werden oft mit Spasmus glottidis verwechselt. (?)

Dr. P. K.

Epithelioma der linken Mandel, des hinteren Gaumenbogens und des Zäpfchens. Carcinom des weichen Gaumens und der Mandel. (Cas d'épithéliome de l'amygdale gauche, du pilier postérieur gauche et de la luette. Cas de carcinome de l'amygdale et du palais mou.) Von Dr. David Newman. (Société de laryngologie de Londres und Revue de laryngologie 1896, No. 14.)

In beiden Fällen traten nach der Operation keine Recidive ein.

Dr. P. K.

Stimmbandknötchen bei Sängern. (Nodules vocaux chez les chanteurs.) Von Dr. Poget. (Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 14.)

Verf. giebt die Entstehungsweise dieser Sängerknötchen, welche eben auf dieselbe Weise entstehen und heilen wie die Hühneraugen. Um zu heilen braucht Verf. lange absolute Ruhe, ein mäßigeres Anschlagen der Stimme, Brennen mittelst Salicylsäure, Zerreißen mittelst der Zange.

Dr. P. K.

Behandlung der Lepra mittelst Schilddrüse. (Traitement thyroidien de la lèpre.) Von Dr. C. B. Maitland. (Semaine médicale 1896, No. 57.)

Verf. behandelt die Hindus mittelst Schilddrüse, wenn selbe von Lepra befallen sind. Die Patienten schlucken täglich eine ganze Schafsschilddrüse, welche zerhackt und mit Zucker vermischt roh verschluckt wird, Die Behandlung dauert einige Monate und ist von grossem Nutzen.

Dr. P. K.

Personalnachricht.

Unser geehrter Mitarbeiter Dr. Onodi in Budapest wurde zum Professor extraordinarius an der Universität daselbst ernannt. Professor Onodi, dessen Arbeiten allgemein hochgeschätzt sind, war leider in den letzten zwei Jahren durch Krankheit in seiner Thätigkeit behindert. Nunmehr ist er wieder vollkommen gesund, und so dürften wir noch manche Bereicherung unserer Specialität seiner Forschung zu verdanken haben.

Alle für die Monatsschrift bestimmten Beiträge und Referate sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 36.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. M. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. **Berlin, Juli 1897.** **No. 7.**

I. Originalien.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Bericht

über den in Wien, den 27. und 28. Juni 1897 abgehaltenen

zweiten österreichischen Otologentag,

erstattet von dem Privatdocenten Dr. **Jos. Pollak**. derz. I. Schriftführer der österr. otolog. Gesellschaft.

Der zweite österreichische Otologentag hatte sich der Theilnahme zahlreicher in- und ausländischer Aerzte zu erfreuen, ein Beweis des stets wachsenden Interesses, das die practischen Aerzte der Ohrenheilkunde entgegenbringen. Am Begrüssungsabend hatten sich ausser den Wiener Mitgliedern auch eine Anzahl auswärtiger Mitglieder und als Ehrengäste der Präsident und Vicepräsident der Aerztekammer, Herren Primarius Dr. Heim und Dr. Scholz, eingefunden.

Digitized by Google

Der Vorsitzende Prof. Politzer begrüsste die Versammlung und gab seiner Freude darüber Ausdruck, dass sich alle Mitglieder des vorjährigen Otologentages vollzählig wieder eingefunden haben. Ein besonderes Relief erhalte der Begrüssungsabend durch die Anwesenheit des Präsidenten und Vicepräsidenten der Wiener Aerztekammer, die, wie im Vorjahre, so auch diesmal die otologische Gesellschaft durch ihr Erscheinen beehrten. P. begrüsste dieselben herzlichst und sprach im Namen der Wiener Mitglieder sein tiefes Bedauern darüber aus, dass die hochverdienten Leiter der Aerztekammer auf eine Wiederwahl verzichten, da es ihrer ebenso umsichtigen wie energischen Leitung gelungen ist, den Sinn für Standesehre unter den Wiener Collegen zu heben und das das Ansehen des ärztlichen Standes schädigende Reclamewesen einzudämmen. Wie immer sich die Zukunft der Wiener Aerztekammer gestalten möge, die Namen Heim und Scholz werden als die ersten Präsidenten der Wiener Aerztekammer stets in Ehren genannt, und ihr grosses Verdienst, die Grundlagen für die fernere erspriessliche Thätigkeit der Aerztekammer geschaffen zu haben, uneingeschränkt anerkannt werden.

Präsident Dr. Heim begrüsste im Namen der Aerztekammer die Vertreter der Ohrenheilkunde, welche durch die wissenschaftlichen Arbeiten der österreichischen Otologen eine wesentliche Förderung erfahren hat und durch deren Wirken dieser Wissenszweig der Medicin auch unter den practischen Aerzten immer grössere Verbreitung findet. Dr. Scholz dankte für den freundlichen Willkommengruss von Seiten der otologischen Gesellschaft und entwickelte in glanzvoller Rede die segensreichen Resultate des zur höchsten Blüthe gelangten Specialismus in der Medicin. Prof. Gruber sprach über die grossen Vortheile, die der allgemeinen Medicin durch die Cultivirung der Specialwissenschaften zu Gute kommen und über den grossen Nutzen, der der Gesammtheit durch das collegiale Zusammenwirken der Specialisten und der practischen Aerzte erwächst.

I. Administrative Sitzung.

Prof. Politzer begrüsst die erschienenen Mitglieder der Gesellschaft und heisst die auswärtigen Mitglieder und Gäste herzlichst willkommen. In einem kurzen Rückblicke schildert er die Vorgeschichte der Gründung der österr. otolog. Gesellschaft, um deren Zustandekommen sich der frühere Vorsitzende Prof. Gruber besonders verdient gemacht hat. Das Bewusstsein der Zusammengehörigkeit unter den österr. Otologen zu kräftigen, einen Mittelpunkt zu schaffen für wissenschaftlichen und collegialen Meinungsaustausch, der Specialität nach aussen hin die ihr gebührende Anerkennung zu erringen, das waren die Motive, welche trotz mancher Schwierigkeiten die Senioren der österr. Otologen bei der Gründung der österr. otolog. Gesellschaft leiteten.

Hat schon die Thätigkeit der Gesellschaft im ersten Vereinsjahre gezeigt, dass sie lebensfähig ist, so kann am Abschlusse des zweiten Jahres ihr Bestand als gesichert angesehen werden. Während andere auswärtige otologische Gesellschaften sich nur jährlich ein Mal zu einer wissenschaftlichen Versammlung vereinigen, hat die österr. otolog.

Digitized by Google

Gesellschaft in den regelmässig wiederkehrenden Monatsversammlungen durch Vorträge und Demonstrationen und Discussionen viel zur gegenseitigen Belehrung und zur Klärung streitiger Fragen beigetragen. Nachdem der Vorsitzende noch des Ausführlichen über die wissenschaftliche Thätigkeit der Gesellschaft im verflossenen Vereinsjahre gesprochen und seiner Freude darüber Ausdruck gab, dass durch die wissenschaftlichen Zusammenkünfte auch der collegiale Verkehr der Mitglieder im günstigsten Sinne beeinflusst wurde, spricht er die Erwartung aus, dass das Programm des zweiten Otologentages eine reiche wissenschaftliche Ausbeute liefern werde und ertheilt dem Secretär der Gesellschaft Dr. Jos. Pollak zur Berichterstattung das Wort.

Dem von Letzterem erstatteten Jahresbericht sind folgende Daten zu entnehmen:

Die österreichische otologische Gesellschaft hielt im verflossenen Vereinsjahre, den Otologentag nicht miteingerechnet, 6 wissenschaftliche Sitzungen ab.

In denselben fanden 27 Demonstrationen von Kranken, 16 Demonstrationen von pathologisch-anatomischen Präparaten statt, ferner wurden 4 Mittheilungen über neue Instrumente und Untersuchungsmethoden gemacht und 4 Casuistik betreffende Vorträge und eine von Professor Politzer eingeleitete Discussion abgehalten.

Die Zahl der ordentlichen Mitglieder betrug am Schlusse des vorigen Vereinsjahres 18. Am letzten Otologentage wurden 10 ordentliche und ein correspondirendes Mitglied neugewählt; 1 ordentliches Mitglied trat aus. Der jetzige Stand ist: 27 ordentliche Mitglieder und 1 correspondirendes Mitglied.

Was die Publicationen anbelangt, so hat Herr Prof. Gruber in besonderer Liebenswürdigkeit die Verfügung getroffen, dass von jedem Sitzungsbericht eine genügende Anzahl von Separatabdrücken hergestellt und an die Mitglieder vertheilt werden.

Einem vielseitig ausgesprochenen Wunsche entsprechend, wird der Schriftführer von nun ab die Berichte sofort nach ihrem Erscheinen den Mitgliedern übermitteln.

Die nach Genehmigung des Rechenschaftsberichtes und Feststellung des Jahresbeitrages vorgenommene Neuwahl des Bureau's ergab folgendes Resultat:

Vorsitzender: Prof. Dr. V. Urbantschitsch; Vorsitzender-Stellvertreter: Prof. Dr. A. Politzer; Schatzmeister: Prof. Dr. Jos. Gruber; Schriftführer: Privatdocent Dr. Jos. Pollak, Dr. Daniel Kaufmann.

Zu ordentlichen Mitgliedern wurden gewählt die Herren: Dr. Jos. Halbeis, Präsident der Aerztekammer in Salzburg, Dr. Ludw. Poszvék in Oedenburg, Dr. Arthur Singer, Dr. C. Biel und Dr. Jos. Cohn in Wien; zu correspondirenden Mitgliedern die Herren Doctoren: Felix Danziger in Beuthen und Max Kaiser in Buffalo.

Prof. Gruber beantragt, auf dem nächsten Otologentage ein umfassendes Referat über den gegenwärtigen Stand der Kenntnisse über die Abgrenzung der Erkrankungen des Labyrinths und des Mittelohrs zu erstatten. Der Antrag wird angenommen und zu Referenten die Herren Alt und Hammerschlag gewählt.

Digitized by Google

Die Präsenzliste weist folgende Namen auf:

Prof. Politzer, Wien,
Prof. Gruber, Wien,
Prof. Urbantschitsch, Wien,
Dr. J. Pollak, Wien,
Dr. A. Bing, Wien,
Dr. Fr. Hrubesch, Wien,
Dr. B. Heymann, Riga,
Dr. M. Dodin, Elisabethgrod, Russland,
Dr. S. Lipansky, Ekaterinoslaw, Russland,
Hugo Marcus,
Dr. Rudolf Amster, Meran,
Dr. Max Kaiser, Buffalo U. S. A.,
Dr. Giovanni, Dajutolo,
Dr. Schulz, Berlin,
Dr. Wigodsky, Russland,
Dr. Cosson, Paris,
Dr. Emil Rochelt, bayr. Hofrath und Curarzt, Meran,
Dr. W. Tandler, Wien,
Dr. A. Lauer, U. S. A.,
Dr. Paul Burmaster, Chicago U. S. A.
Dr. E. Sonnenberg, Zgierz, Russ.-Polen.
Dr. W. Lamb, Nottingham, England,
Dr. Ferdinand Schmidt, Berlin,
Dr. Theodor Polcahoft, Russland,
Dr. Gorfheam, Russland,
Dr. Pasenal Vero, Montevideo, Rep. Uruguay,
Dr. Ottavio Lunghini, Italien,
Dr. M. Gabriel Landa, Havana-Cuba,
Dr. Marczel Falta, Szegedin,
Dr. Geza Krepuska, Budapest,
Dr. R. Spira, Krakau,
Dr. B. Gomperz, Wien,
Dr. Victor Hammerschlag, Wien,
Dr. B. Panzer, Wien,
Dr. Ferdinand Alt, Wien,
Dr. Emanuel Max, Wien,
Dr. Daniel Kaufmann, Wien,
Dr. Hugo Frey, Wien,
Dr. Dömény, Wien,
Dr. Jak. St. Werdinocot, J. R. C. S., Manchester, England,
Dr. Julius Cohn, Wien,
Dr. Carl Fienny.

II. Wissenschaftliche Verhandlungen.

1) Gustav Alexander, Demonstrator am I. anatom. Institut in Wien: Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Pars inferior des Säugethierlabyrinthes. (Erscheint ausführlich.)

Der Vortragende giebt zunächst eine kurze Uebersicht der Gliederung der Pars inf. lab. der Säuger. Seine eigenen Untersuchungen

Digitized by Google

beziehen sich auf Entwicklung und den feineren Bau des Canalis reuniens und des Vorhofsblindsackes. Ueber die Entwicklung des Ductus reuniens sind wir, was spätere Stadien anlangt, orientirt, ebenso über das macroscopische Verhalten des ausgebildeten Canales. Ueber seinen feineren Bau und die Histiogenese ist nichts bekannt. Von der Entwicklung des Vorhofsblindsackes ist die eine Thatsache bekannt, daß er in einem gewissen Stadium bei einem Schafembryo nicht vorhanden ist (Boettcher), über den Blindsack des ausgebildeten Individuums sind Beschreibungen vorhanden, in welchen er als durch den Canalis reuniens begrenztes Vorhofsende des Ductus cochlearis angesehen wird.

Der Canalis reuniens wird allgemein als Verbindungscanal des Sacculus und des Ductus cochlearis, der Vorhofsblindsack als Vorhofsende des Ductus cochlearis, im Gegensatze zum Kuppelende, dem Kuppelblindsack, beschrieben.

Vortragender studirte die Entwicklung der Pars inferior am Meerschwein, untersuchte eine ganze Reihe erwachsener Säugethiere und gelangt zu folgenden Ergebnissen:

a. in Beziehung auf den Canalis reuniens: Der Canal geht gleichzeitig mit dem Sacculus und Ductus cochlearis aus einem indifferenten Stadium der Pars inf. hervor. Wir müssen seine Entwicklung zu einer Zeit ansetzen, wo er, was sein Lumen anlangt, gegenüber Sacculus und Ductus cochlearis noch nicht verengt ist.

Die Macula-Anlage der Pars inferior reicht, mit der Pars superior zusammenhängend, bis in den Ductus cochlearis, zunächst trennt sich im Laufe des weiteren Wachsthumes die Macula der Pars inf. von der ähnlichen Anlage der P. sup., sodann die Papillenanlage der Schnecke von der Macula-Anlage im Sacculus und im Ductus reuniens.

Die Macula-Anlage des Canalis reuniens hängt mit der im Sacculus befindlichen zusammen, entwickelt sich zunächst vollkommen derselben analog und bildet sich später zurück: am ausgebildeten Individuum finden wir an ihrer Stelle im Canalis reuniens einen Streifen cubischen Epithels, welcher nach oben in die periphere Kernreihe der Macula sacculi ac. übergeht.

Vortragender spricht die Vermuthung aus, dass wir im Canalis reuniens der Säugethiere das Rudiment eines Labyrinth-Abschnittes zu sehen haben, welcher vielleicht bei den Fischen volle Ausbildung besitzt, und wird diese, die phylogenetische, Seite der Frage zum Gegenstande weiterer Untersuchung machen.

b. in Beziehung auf den Vorhofsblindsack: Der Blindsack entwickelt sich selbstständig zu einer Zeit, zu welcher der Canalis reuniens bereits vorhanden ist, zunächst als flaches Grübchen in der Längsrichtung des Canalis reuniens, die Axe des Grübchens rückt nach und nach in die des Längsverlaufes des Ductus cochlearis. Die Wand des Grübchens besteht vorerst aus einer einfachen Lage cubischer Zellen. Später wachsen gewisse Theile des Schneckencanals gegen und in den Blindsack vor: vom bindegewebigen Antheil des Ductus setzt sich die Stria vascularis

Digitized by Google

bis in den Grund des Blindsackes, das Ligamentum spir., dem Caecum als Basis dienend, über dasselbe hinaus gegen den Vorhof fort, von epithelialen Elementen des Ductus cochlearis finden im Anschlusse an die Papille eine kleine Strecke weit in den Blindsack fortgesetzt: die inneren und die äusseren Stützzellen und die Zellen des Sulcus spir. int., der grösste Theil des Caecum ist von Elementen der Papilla spir. frei. Characterisirt ist der Vorhofsblindsack durch das Fehlen der Scala tympani, das Fehlen der Corti'schen Membran, der Nervenfasern und des Neuroepithels der Schnecke im engeren Sinne (Corti'sche Zellen, Bodenzellen, innere und äussere Deiters'sche Zellen). Dadurch, dass die genannten Gebilde im gleichen Querschnitt des Ductus cochlearis plötzlich schwinden, ist eine scharfe Grenze des Blindsackes gegen den Ductus cochlearis gegeben, mit der topischen Begrenzung des Blindsackes hat der Canalis reuniens nichts zu thun: die Mündungsregion des letzteren im Schneckencanal gehört zum geringeren Theil dem Ductus cochlearis, zum weitaus grösseren dem Vorhofsblindsack an.

Vortragender demonstrirt als Beleg für seine Ausführungen Wachsplattenmodelle, Zeichnungen und Schnittserien verschiedener Stadien der Entwicklung der Pars inferior beim Meerschwein, sowie die Schnittserie durch das Petrosum eines erwachsenen Kaninchens, an welchem in Folge besonders günstiger Schnittrichtung die besprochene Formentwicklung und Histiogenese der Pars inferior deutlich verfolgt werden können.

Discussion:

Prof. Gruber anerkennt den höchst interessanten und lehrreichen Inhalt dieses Vortrags und macht nur darauf aufmerksam, dass die vom Vortragenden erwähnte Fissur an der unteren Wand des Vorhofes, in welcher der Blindsack des Ductus cochlearis zu finden ist und welcher nach den Mittheilungen des Herrn Vortragenden in der Entwicklung des Ductus cochlearis membranaceus begründet ist, bereits während der letzten Naturforscher-Versammlung in Berlin von ihm besprochen und demonstrirt wurde. Die Abbildung derselben, sowie die Schilderung der Verhältnisse in der Nische des runden Fensters befindet sich auch in der II. Auflage seines Lehrbuches der Ohrenheilkunde, welche 1890 erschienen ist. Gruber zeigte schon damals, dass man von der Nische des runden Fensters aus eine Borste in den Vorsaal führen kann und dass im macerirten Schläfebein die Trommelhöhle durch diese Fissur, welche weiter nach rückwärts reicht als das runde Fenster, mit dem Vorsaal communicirt.

2) Dr. Panzer: Ueber Radicaloperationen im Kindesalter. (Autoref.)

Als Ohrenarzt des St. Annen-Kinderspitales hatte ich im Verlaufe der letzten sechs Monate Gelegenheit, an dem reichen Material der Klinik wegen Caries des Felsenbeines eine Reihe von Radicaloperationen auszuführen und möchte mir nun erlauben, Ihnen über die Erfahrungen, die ich bei den Operationen an Kindern machen konnte und die Erfolge die ich hatte, Bericht zu erstatten. Es handelte sich theils um Fälle von langdauernder chronischer Eiterung des Mittelohres, theils um

Digitized by Google

Fälle von acut aufgetretener Caries, welche Veranlassung zur Operation gegeben hatten. Was die Technik der Operation anlangt, schliesse ich mich bei den chronischen Fällen der von Küster, Bergmann, Stacke, Zaufal ausgebildeten typischen Radicaloperation an, bei den acuten Fällen kann man von vornherein keinen bestimmten Operationsplan fassen, hier richtet sich die Operation erst nach dem Befunde, den man nach breiter Eröffnung machen kann. Einen Unterschied mache ich hauptsächlichst bei der Plastik des Gehörganges, indem ich bei Kindern die hintere Gehörgangswand ganz wegschneide und den Gehörgang zu einer aus der vorderen Wand bestehenden Halbrinne umwandle; eine Transplantation nehme ich nicht vor. Irgend einen Nachtheil: Verzögerung der Heilung, Necrose des blossliegenden Knochens habe ich nicht beobachtet. Was die Befunde anlangt, hatte ich unter meinen 18 Fällen 10 Fälle von acuter Caries, 8 Fälle von chronischer Eiterung, Cholesteatom etc. Die Zerstörungen waren bei den acuten Fällen weitaus bedeutender als je bei den chronischen. Die Caries erstreckte sich da einerseits auf den Warzenfortsatz, andererseits auf das Dach der Paukenhöhle; die vordere Gehörgangswand, die mediale Wand der Paukenhöhle, ging wohl über die Grenzen der Paukenhöhle, machte einen subduralen Abscess. Die Gehörknöchelchen waren selbst in ganz acuten Fällen mehrfach cariös, zum Theil aber gesund und nur in Granulationsmassen eingebettet. Was die Erfolge betrifft, ist bei 7 Kindern völlige Heilung zu constatiren; d. h. es ist keine Spur von Eiter in der Höhle zu bemerken, dieselbe ist mit einer festen, glänzenden Narbe ausgekleidet. 2 Kinder starben, eines 2 Monate nach der Operation an Morbillen, eins an Tuberculose, 2 Kinder blieben aus der Behandlung aus, so dass ich über das Endresultat am Ohre nichts weiss. 7 stehen noch je nach dem Datum der Operation in verschiedenen Stadien der Nachbehandlung. Das Alter der operirten Kinder bewegte sich zwischen 6 Monaten und 12 Jahren. Immer war, besonders bei den ganz kleinen Kindern, eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens zu constatiren; Fieber, Schmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit schwanden meist einige Tage nach der Operation. Das Hörvermögen auf dem operirten Ohr stellte sich bei den geheilten Fällen in sehr schöner Weise her, es trat Hörfähigkeit auf mehrere Schritte Flüstersprache ein.

Die Nachbehandlung nahm ich in der Weise vor, dass ich 2—3 Mal wöchentlich die Mundhöhle mit Jodoformgaze austamponirte, Granulationen, die im Verlaufe der Behandlung aufschossen, mit Chromsäure verätzte. Ich strebte in allen Fällen einen Verschluss der rückwärtigen Fistelöffnung an, in zwei Fällen ist mir dies vorläufig nicht gelungen, und ich werde die Oeffnung durch Auffrischen der Ränder und Naht zu verschliessen trachten. (Erscheint ausführlich im Jahrbuch für Kinderheilkunde.)

Discussion:

Gruber macht darauf aufmerksam, dass die Statistik darauf hinweist, dass bei Kindern in den ersten Lebensjahren die Otitis media suppurativa lange nicht so gefährlich ist, wie im späteren Alter. Am gefährlichsten sei der Verlauf im Alter von der Pubertätszeit bis zum

Digitized by Google

50. Lebensjahre. Im Kindesalter stehen die einzelnen Theile des Schläfebeines noch in loser Verbindung, es schreitet die Entzündung leichter nach aussen fort als nach innen; es entwickeln sich auch leichter Sequester, welche zur Entfernung kommen, und das Alles macht den Process weniger gefährlich. Wenn man die Kinder in seiner Nähe hat, braucht man sich durchaus nicht mit der Operation zu übereilen, und es hat in den meisten Fällen die conservative Behandlung, wobei die constitutionellen Verhältnisse im Auge zu behalten sind, die schönsten Erfolge aufzuweisen.

Dr. Kaufmann vermisst in den Ausführungen Panzer's eine Scheidung zwischen den Fällen von chronischer Mittelohreiterung und solchen bei scrophulös-tuberculösen Kindern. In der ersten Reihe ist die Indicationsstellung für Ausführung der Radicaloperation klar und die Resultate voraussichtlich befriedigend. Bei Operation an zweifellos scrophulösen oder tuberculösen Kindern hat Kaufmann keine besonders ermunternden Resultate gesehen. Es könne hier vielleicht an die Discussionen erinnert werden, die in der Chirurgie vor etwa 20 Jahren über die Frage der conservativen oder operativen Behandlung der scrophulösen Gelenkerkrankungen geführt wurden. Einerseits sehe man bisweilen bei conservativer Behandlung mit Rücksichtnahme auf allgemein hygienisch-diätetische Maassregeln Besserung bei scrophulösen Kindern in überraschendem Maasse, so dass man späterhin nicht mehr zur Operation schreiten muss, andererseits sei der Wundverlauf nach Operation ein so langdauernder, die Wundbehandlung bisweilen eine so schwierige — ja man erlebt unter derselben ein florides Fortschreiten mit Sequestration von Knochenstücken in grosser Ausdehnung —, so dass die Resultate in einzelnen Fällen nicht besser sind, als durch conservative Behandlung dabei zu erzielende.

Gomperz bemerkt, dass Panzer durch Wegschneiden der Zipfel der Stacke'schen Lappen auf das alte Zaufal'sche Verfahren zurückgekommen ist. Bekanntlich hat Zaufal die Excision der hinteren Gehörgangswand zur Vermeidung von Stenose empfohlen und es wird sich jedenfalls in der nächsten Zeit erweisen müssen, ob die Rückkehr zu der Excision Zaufal's zufriedenstellende Erfolge aufweist.

Was die Einwendungen Kaufmann's anbelangt, so spricht sich Gomperz dafür aus, in chronischen Fällen nicht zu sehr zurückhaltend mit der Radicaloperation zu sein. Wenn Kaufmann's Fälle schwer heilten, so ist es ja auch möglich, dass sie ohne Operation zu Grunde gegangen wären. Gomperz findet die Nothwendigkeit, bei chronischen Eiterungen der Kinder zu operiren, um so häufiger gegenüber denen bei Erwachsenen, weil die wichtigsten conservativen Maassnahmen bei den Kindern nur schwer oder gar nicht durchführbar sind.

Urbantschitsch stimmt mit Dr. Panzer überein, dass bei cariösen Fällen, wo die Cutis ohnedies miterkrankt ist, diese nach Zaufal zu opfern, wogegen er bei gesunder Cutis des äusseren Gehörganges diese stets sehr gern zur Plastik verwendet, und wie er glaubt, zu Nutzen der betreffenden Fälle betreffs einer raschen Epidermisirung.

Panzer: Auf die Einwände des Herrn Prof. Urbantschitsch und des Herrn Docenten Gomperz bezüglich der Gehörgangsplastik möchte ich hervorheben, dass ich jetzt bei jedem Kinde grundsätzlich

Digitized by Google

die hintere Gehörgangswand excidire und, wie gesagt, keinerlei böse Erfahrungen damit gemacht habe, im Gegentheil die Gelegenheit zur Stenosenbildung damit umgangen wird. Was die Einwände Kaufmann's bezüglich der Operation von scrophulösen Kindern betrifft und die Annahme, dass man bei diesen mit der Operation zuwarten könnte, glaube ich, dass das Warten an minder wichtigen und gefährlichen Stellen möglich ist, bei einem Fungus des Sprung- oder Kniegelenks, nicht jedoch bei einer Caries des Felsenbeins, wo die Nähe des Eiterungsprocesses zu den Gehirnhäuten eine imminente Lebensgefahr bedeutet. Es ist selbstverständlich, dass die Behandlung solcher Fälle weitaus langwieriger sein wird. Den Bemerkungen des Herrn Prof. Politzer gegenüber, dass die Radicaloperation bei Kindern leichter sei, als bei Erwachsenen, möchte ich sagen, dass ich dies für die Fälle von chronischer Eiterung ohne Weiteres zugeben will, dass jedoch mir persönlich die Fälle von acuter Caries für die Operation schwieriger erscheinen, da man nicht nach einem typischen Plane verfahren kann, sondern jeder Fall sich von dem nächsten wesentlich unterscheidet. Was die Bemerkung Prof. Gruber's anbelangt, dass bei Kindern die Plastik des Gehörganges leichter unterbleiben kann, als bei Erwachsenen, weil bei ersteren der Gehörgang noch nicht völlig ausgebildet ist und deswegen eine Ueberhäutung leichter erfolgt, kann ich mich derselben vollkommen anschliessen.

3) Dr. Marczel Falta (Szegedin): Ueber Tubenatresie.

Es sind schon mehrere Fälle von Tubenverschlüssen bekannt, obzwar Bürkner[1]) in seiner Arbeit über die Behandlung der Tubenkrankheiten sich so äussert, dass wirkliche Atresien überaus selten vorkommen und dann auch beinahe ausschliesslich am Ostium pharyngeale.

Das klinische Bild dieses Leidens aber, wenn es uncomplicirt mit anderen Leiden des Gehörorgans ist, in der Literatur aufzufinden, ist mir nur sehr lückenhaft oder gar nicht gelungen, einestheils, weil es wahrlich eine der seltensten Erkrankungen ist, andererseits aber, weil die beschriebenen Fälle meistens mit anderen Leiden des Gehörorgans vergesellschaftet sind, entweder als zufällige, oder als vom Grundleiden abhängige Complicationen.

Unter den mir zugänglichen Fällen finde ich solche, die in Bezug der Diagnose so manchen Zweifel erheben lassen, solche, die ohne anatomischen Befund erwähnt sind, und endlich solche, bei welchen die Richtigkeit der Diagnose durch die Necroscopie bestätigt wurde; natürlich sind die letzteren die werthvollsten.

Schon lange vorher sind Beziehungen auf Tubenverschlüsse gemacht worden und bei jedweder Gehörstörung hat man früher mit einer gewissen Vorliebe den Verschluss der Eustach'schen Röhre angenommen, zum Beweis dessen, dass man die Wichtigkeit der Tubenfunction schon damals erkannte. Tulpius macht in seiner Arbeit vom Jahre 1672 von Verwachsungen am Ostium pharyngeum und selbst im Lumen Erwähnung. Die erste anatomische Beschreibung eines Verschlusses an der Rachenmündung der Tuba stammt von Otto her, der

[1]) Die Behandlung der Krankheiten der Eustach'schen Röhre 1894, S. 12.

Digitized by Google

denselben bei einer Section zufälliger Weise fand. Professor Gruber[2]) beschreibt eine Atresie, die durch syphilitische Geschwüre verursacht wurde. Moos[3]) fand bei einem Taubstummen den grössten Theil der Tuba mit Knochenmasse ausgefüllt; bei einem andern fanden Bryant und Sears[4]) das Ostium tympanicum durch Knochen verschlossen. Bei je einem Taubstummen haben Beck[5]) und Wever[6]) die Tuba mit fibrösem Gewebe ausgefüllt gefunden. Müller[7]) diagnosticirte ebenfalls bei einem Taubstummen eine Verwachsung am Ostium pharyngeum, was auch durch die Necroscopie bestätigt wurde, und noch einen zweiten Fall[8]) erwähnt er, in welchem beide Tuben obliterirt waren.

Lindenbaum[9]) beschreibt eine Verwachsung der Rachenmündung, begleitet von totaler Taubheit, in diesem Falle ist die anatomische und microscopische Untersuchung auch vollführt worden. Die Mündung war fest verwachsen, in der Tuba und Trommelhöhle schleimiges Secret, der Stapes war beweglich. Die microscopische Untersuchung des Acusticus hat keine Degeneration aufweisen können. Trotzdem aber kann man hier die Taubheit nicht mit Sicherheit der Verwachsung zuschreiben, da auch ein Cerumenpfropf vorhanden war.

Ausserdem finden wir noch Fälle von Tubenverschluss bei Schwartze[10]) und Tröltsch[11]).

Dieser Casuistik will ich nun einen Fall hinzufügen als Exempel eines klassischen Tubenverschlusses.

H. M., 16jährige Patientin, suchte meine Ordination im September 1896 mit der Klage auf, dass sie Ohrensausen habe; die Frage, ob ihre Hörschärfe herabgesetzt sei, verneinte sie. Status praesens: Die körperlich schwach entwickelte Patientin hat ein anämisches Aussehen, blasse Gesichtsfarbe; Allgemeinbefinden gut, Zeichen weder von vererbten, noch von erworbenen Krankheiten vorhanden, öfters hat sie vorübergehende Kopfschmerzen.

Die Untersuchung des Gehörorgans ergab den folgenden Befund: Am rechten Ohre ist die Hörschärfe für die Uhr $^3/_{100}$, für den Politzer'schen Hörmesser $1^1/_2$ m, Flüstersprache (Messer) 3 m, R > —, die Perceptionsdauer sowohl für hohe wie für tiefe Töne verlängert. Links Taschenuhr $^5/_{100}$, Hörmesser 3 m, Flüstersprache (Fenster) 4 m, R > —.

---

[2]) Bericht über im k. k. allg. Krankenhause behandelte Ohrenkranke S. 28.

[3]) Seltene angeborene und erworbene Veränderungen des Gehörgangs bei einem Taubstummen. Arch. f. A. u. O., Bd. II, S. 98.

[4]) Donaltson, Henry, Anatomical observations. Vol. III und IV.

[5]) Die Krankheiten des Gehörorgans. Heidelberg und Leipzig 1827, S. 116. Cit. nach Mygind.

[6]) Dissertatio etc. de functione Tubae Eustachii. Friburgi Brisgoviae 1835. Cit. nach Mygind.

[7]) Beobachtungen über Taubstummheit und Befunde bei Sectionen einiger Taubstummen. Badensische Annales f. d. ges. Heilk. 1832, Jahrg. 15, S. 88. Cit. nach Mygind.

[8]) Lehrbuch II. Aufl., S. 545.

[9]) Ein Fall von Verwachsung der Rachenmündung der Ohrtrompete. A. f. O., Bd. I, S. 295.

[10]) Casuistische Mittheilungen. Arch. f. Ohrenheilk., Bd. IX, S. 234.

[11]) Membranöser Verschluss der Tuba. Arch. f. Ohrenheilk., IV.

Digitized by Google

Weber wird nach rechts lateralisirt. Die objective Untersuchung ergiebt rechts: äusserer Gehörgang normal, Trommelfell unbedeutend eingezogen, perlgrau, Lichtkegel von normaler Gestalt und Grösse, nur in zwei getheilt, ein zweiter kleiner Lichtkegel ist an der Membrana Shrapnelli zu sehen. Das ganze Trommelfell ist ungewöhnlich durchscheinend, der lange Ambosschenkel ist ganz deutlich sichtbar. Die Tuba ist mit der hinteren Spiegelung, der engen Räumlichkeiten wegen, etwas schwer zu untersuchen, und selbst mit Hilfe des Cocains gelang es nur mit Mühe, den abgeflachten Tubenwulst und die graurothe, verkleinerte Rachenmündung zu sehen. Der Catheter passirt die Nase mit genügender Leichtigkeit, lässt sich etwas schwer, aber mit Gewissheit in das Ostium hineinführen, jedoch die Lufteintreibung gelingt weder mit schwachem, noch mit dem stärksten Druck. Mit der Tubenbougie kann man nur 2—3 mm über den Catheterschnabel vordringen, da ein festes, derb sich anfühlendes Gewebe den Weg versperrt, und mit gar keiner, selbst mit der grössten Umsicht ausgeführten Manipulation das Weiterschreiten ermöglicht ist. Links sind die Verhältnisse genau dieselben, und überhaupt bezieht sich Alles, was noch über den Gegenstand zu sagen ist, auf beide Seite zugleich.

Der Nasenrachenraum zeigt alle Symptome eines veralteten hypertrophischen Catarrhs.

Die Anwendung des Politzer'schen Verfahrens ergiebt weder eine subjective, noch eine objective Reaction, während kräftigen Valsalva's injicirt sich zwar der lange Hammerfortsatz, ohne aber am übrigen Theile des Trommelfells, des Lichtkegels eine bemerkbare Veränderung hervorzurufen; die Injection ist der durch das Verfahren verursachten Blutstauung zuzuschreiben. Mit dem Siegle'schen Trichter lässt sich nur eine beschränkte Beweglichkeit des Trommelfells constatiren, und zwar mehr nach aussen, als nach innen.

Recht interessant war das Untersuchungsresultat mit dem Ohrmanometer. Es hat weder die Lufteintreibung durch den Catheter, noch das Politzer'sche Verfahren eine Schwankung der Flüssigkeit hervorgerufen, hingegen ist dies durch kräftigen Valsalva deutlich sichtbar erzielt worden; ich bemerke gleichfalls, dass ich während der Ausübung dieses letzeren Verfahrens die Zähne fest zusammenpressen ließ, damit die Function des Unterkiefers nicht störend sei und Irrthum hervorrufe. Anstatt aber, wie wir es erwartet hätten, eine Druckerhöhung, zeigte das Manometer eine Druckverminderung. Dieses Resultat ist nur aus der Function des Tensor tympani erklärlich. Während des Valsalva nämlich zieht sich der Trommelfellspanner synergisch mit der Gaumen-Rachenmusculatur zusammen, zieht das Trommelfell nach einwärts, wodurch im äusseren Gehörgang eine Luftverdünnung hervorgerufen wird, was eben das Sinken der Monometerflüssigkeit beweist. Auch Fick[12]) hat nachgewiesen, dass die Zusammenziehung des Trommelfellspanners im Manometer einen negativen Druck erzeugt.

Es waren noch andere Symptome vorhanden, die die ungestörte Function des Tensor tympani bekräftigten; so hat die Kranke beim

[12]) Archiv f. Physiologie 1850.

Digitized by Google

Schlingen und Gähnen sehr oft ein störendes Knallen im Ohre verspürt. Nachdem nun festgestellt wurde, dass beim Valsalva'schen Verfahren keine Luft in die Trommelhöhle eindringt und der Tensor doch functionirt, bot sich eine gute Gelegenheit zur Untersuchung über den Einfluss des Trommelfellspanners auf die Fortleitung der Töne durch Luft, um so mehr, weil sonst die in die Trommelhöhle eindringende Luft seine Einwirkung beeinflusst. Die Untersuchung wurde auch dadurch erleichtert, weil Pat. intelligent war, welcher Umstand ihre Angaben noch werthvoller machte. Während der Ausübung des Valsalva'schen Verfahrens, also während der Zusammenziehung des Tensors, sind ebenso die tiefen, wie die hohen Stimmgabeltöne abgeschwächt worden, als Beweis dessen, dass die Gehörknöchelchen sowohl bei der Fortleitung der tiefen, wie bei der der hohen Töne eine Rolle spielen, bei der letzteren vorzüglich der Stapes.

Alle subjectiven und objectiven Symptome weisen also darauf hin, dass bei der Pat. ein beiderseitiger Verschluss der Eustach'schen Röhre vorhanden ist und noch dazu eine der seltensten Atresien, bei welchen nämlich das Ostium pharyngeale frei ist und sich die Verwachsung nur auf das Lumen beschränkt.

In Bezug auf die Aetiologie der Tubenatresien spielen die syphilitischen Geschwüre respective Vernarbungen eine grosse Rolle, sie führen aber meistens nur zur Verwachsung der Rachenmündung schon aus dem Grunde, weil, wie es auch schon Rauh[13]) gefunden hat, das Lumen der Tuba eine sehr geringe Neigung zu ulcerativen Processen besitzt. Diphtherie führt auch relativ oft zu Verwachsungen. Dann werden Tubenverschliessungen dadurch hervorgebracht, dass der weiche Gaumen durch verschiedene Processe mit der seitlichen Rachenwand verwächst. Mittelohrentzündungen können am Ostium tympanicum zur Atresie führen. Weiter können nach Prof. Gruber[14]) im knöchernen oder cartilaginösen Theile der Tuba Eustachii plastische Entzündungen des Knochengewebes resp. der Schleimhaut Versperrungen verursachen. Verschiedene Geschwülste und Neubildungen, wie dies Prof. Gruber und Prof. Politzer auch letzthin demonstrirt haben, können durch mechanische Compression zur ständigen Versperrung und zu ihren Consequenzen führen. Das Eindringen von Projectilen und andere Verletzungen bringen auch Verwachsungen hervor.

Was die Aetiologie meines Falles betrifft, kann ich das Leiden nur mit der Erkrankung des Nasenrachenraumes in Zusammenhang bringen, nachdem Patientin ausser einer im 10. Jahre überstandenen Lungenentzündung gar kein ernsteres Leiden durchmachte, wie dies auch die Mutter bestätigt. Die Nase war aber, soweit sie nur zurückdenken kann, immer angegriffen, welcher Aussage entsprechend ein veralteter hypertrophischer Nasenrachencatarrh mit mehr weniger fest anhaftenden Borken und etwas unangenehmem Geruch gefunden wurde. Ich kann nun im gegebenen Falle die Tubenatresie nur aus dem Nasenrachenleiden erklären.

---

[13]) Lehrb. d. Ohrenheilk. 1856, pag. 218, Anm. 3.

[14]) Sitzungsbericht der österr. otolog. Gesellschaft, Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1897, No. 4.

Digitized by Google

Es ist ja eine allgemein bekannte Sache, wie oft die Eustach-sche Röhre, und ich sage vielleicht nicht etwas Gewagtes, wenn ich behaupte, dass dieselbe beinahe immer an den Erkrankungen des Nasenrachenraumes theilnimmt.

Prof. Moos[15]) beschreibt die anatomische und histologische Untersuchung der Tuba und des Nasenrachenraumes bei einem verstorbenen Patienten, den er wegen chronischen Tuben- und Nasenrachencatarrhs durch Jahre behandelt und beobachtet hat. Die Rachenmündung der Tuba fand er auf ein Viertel des Normalen verengert. Die Schleimhaut und Submucosa waren beträchtlich verdickt, ebenso auch die sehnigen Ausläufer der Fascia salpingopharyngea; das Epithel des Lumens hat eine vermehrte Hinfälligkeit gezeigt, was auf das Bestehen des langjährigen Catarrhs zurückzuführen ist.

Im gegenwärtigen Falle dürfte das Epithel stellenweise auch zu Grunde gegangen sein, wodurch die Verwachsung des Tubenlumens entstanden ist, angefangen einige Millimeter entfernt von der Rachenmündung, nachdem man es für ganz sicher nehmen kann, dass hier auch ein chronisch hypertrophischer Catarrh der Eustach'schen Röhre vorhanden ist. Wie es sich aus der tactilen Untersuchung mittelst Catheter und Bougie folgern lässt, dürfte die Verwachsung einen ziemlich grossen Theil des Tubenlumens einnehmen.

Die Therapie kann zur Zeit noch bei den Atresien sehr wenig leisten und das Eingreifen ist nur dann indicirt, wenn das Gehör bedeutend herabgesetzt ist, oder wenn quälende Geräusche vorhanden sind. Durch die Verwachsung der Tuba dringen zu wollen, besonders mit scharfen Instrumenten, wäre ein zu gewagtes Unternehmen wegen der zur Tuba sehr nahegelegenen lebenswichtigen Organe (Carotis); dies würde nur in dem Falle zu versuchen sein, wenn die Verwachsung sich auf die Rachenmündung beschränkt oder der Verschluss ein membranöser ist. Um die Ventilation herzustellen, hat man auch vorgeschlagen, durch den Warzenfortsatz den Weg für die Luft in die Trommelhöhle frei zu machen; dies ist aber ein ziemlich bedeutender Eingriff, es können sich sehr unangenehme Complicationen anschliessen, die mit dem zu erzielbaren Resultate in keinem Verhältniss stehen.

Der naheliegendste Weg ist natürlich der durch das Trommelfell. Die Natur selbst hat dies gezeigt in einem Falle Prof. Grubers', wo neben Atresie der Tuba eine angeborene Oeffnung der Membrana tympani zugegen war, wodurch die Lüftung der Trommelhöhle ungehindert vor sich gehen konnte. Um so schwieriger ist es aber, eine andauernde künstliche Oeffnung zu verschaffen, da die mächtige Regenerationskraft des Trommelfells alle diesbezüglichen Verfahren fehlschlagen lässt.

Dennert[16]) erwähnt während einer Discussion einen Fall, in welchem die Nasengänge hermetisch verschlossen waren, ebenso auch die beiden Tuben. Er wendete hier wiederholt Myringotomie an, beob-

---

[15]) Ueber die histologischen Veränderungen der Eustach'schen Röhre beim chronischen Catarrh. Arch. f. A. u. O., Bd. 2, S. 441.

[16]) Szenes, Bericht über die erste Versammlung der deutsch. otolog. Ges., A. f. O., Bd. XXXIII.

Digitized by Google

achtete den Fall während 13 Jahren, die Oeffnung ist persistent geworden, secernirt zwar etwas Schleim, aber das Hauptziel, eine genügende Hörschärfe, ist erreicht. Dr. Alt[17]) giebt ein Verfahren an, welches dem Zufalle zu verdanken ist. Es wurde nämlich Vaselinum liquidum wegen Mittelohrsclerose in die Trommelhöhle eingespritzt und unwillkürlich während dieser Manipulation eine Trommelfellruptur hervorgerufen, wodurch eine geringe Otorrhoe entstanden ist, aber es folgte eine bedeutende Besserung der subjectiven Symptome. Professor Gruber imitirte den Zufall, machte auf der andern Seite im hinteren unteren Quadranten der Membrana tympani auch eine Oeffnung und gleich darauf die Vaselin-Injection durch die Tuba; das Resultat war dasselbe, wie bei der unwillkürlichen Ruptur. Die Vaselininjection ist eine Zeit lang fortgesetzt worden, darnach die Otorrhoe behandelt und es blieb beiderseits trockene Perforation zurück. Natürlich ist hier die Beobachtungsdauer zu kurz, um über das Verfahren ein endgiltiges Urtheil sagen zu können. Erweist sich aber das Verfahren für gut, so wird es auch bei Tubenatresien zu versuchen sein, wobei das Vaselinum in der gehörigen Menge vom äusseren Gehörgange aus durch das Trommelfell injicirt werden müsste.

In meinem gegenwärtigen Falle von Tubenatresie habe ich mich Anfangs auf die Behandlung des Nasen-Rachenraumes beschränkt, ohne dabei den geringsten Erfolg zu erreichen. Mitunter versuchte ich auch durch den Catheter, welcher relativ leicht in das Ostium eingeführt werden konnte, mit Bougies und mit stumpfem Itinerarium aus Stahldraht vorzudringen, was aber auch vergeblich war. Nachdem ich die Erfolglosigkeit dieser Versuche einsah und dieselben auch wegen der Gefährlichkeit der Umgebung nicht forciren wollte, um so mehr, weil doch eine genügende Hörschärfe vorhanden war und für den alltäglichen Verkehr hinlänglich ausreichte, hörte ich mit der Therapie auf. Und ich würde hier nur dann operativ vorgehen, die Myringotomie machen, sogar eventuell Hammer und Ambos entfernen, wenn die Hörkraft in beträchtlicherem Maasse abnehmen würde. Während neunmonatlicher Beobachtungsdauer aber zeigte die Hörschärfe nur minimale Schwankungen, meistens im Zusammenhange mit der Witterung und Menstruation, und habe ich es nun für rathsamer gefunden, exspectativ zu verfahren, und dies wäre auch in allen dergleichen Fällen indicirt.

Die gewöhnlichen und regelmässig vorkommenden Symptome einer Tubenatresie sind starke Einziehung des Trommelfells, Secret im Mittelohr, beträchtliche Abnahme der Hörschärfe; als subjective Symptome: Ohrgeräusche und das Gefühl des Vollseins im Ohre, wozu noch das unangenehme Gefühl der Autophonie sich anschliesst.

In meinem Falle war nur Sausen, das auch nicht continuirlich und meistens auf der rechten Seite vorhanden war, verbunden mit einer Gehörstörung, die viel zu gering ist, als wir sie bei einer Atresie erwarten würden. Die übrigen Symptome haben gefehlt. Dass im Mittelohre kein Secret war, wenigstens in einer der Diagnose zugänglichen Menge, zeigt die Stellung des Trommelfells, seine Farbe, sein Glanz und seine

---

[17]) Casuistische Mittheilungen, Monatsschr. f. Ohrenh. 1897, No. 3.

Digitized by Google

Durchsichtigkeit, das rein ausnehmbare Bild des langen Ambossschenkels und die relativ kleine Gehörstörung.

Aber dem Naturgesetze „Horror vacui" entsprechend, musste den Raum des Mittelohres unbedingt etwas ausfüllen, was hier in diesem Falle Luft war, gerade als wenn kein Tubenverschluss zugegen gewesen wäre.

Der sehr constante Begleiter der Tubenatresie: die Autophonie, fehlt auch; ein solches Gefühl hat Pat. weder während des ganzen Ablaufes der Beobachtungsdauer gehabt, noch kann sie sich ein solches je gehabt zu haben erinnern. Aber zum Beweis dessen, dass eine Autophonie einmal doch zugegen war, hat Pat. nach ihrer und nach der Aussage ihrer Mutter immer leise, flüsternd gesprochen, wie dies auch bis heute beibehalten worden ist. Es kann daraus nun sicher die Folgerung gezogen werden, dass es eine Zeitepoche war, während welcher die Autophonie ihren störenden Einfluss entfaltete, und eben diese zu umgehen, machte sich Pat. das leise Sprechen zu eigen.

Was die Frage betrifft, in welchem Alter Pat. den Verschluss erworben hatte, ist sie mit grösster Wahrscheinlichkeit dahin zu beantworten, dass derselbe im zarten Kindesalter entstanden ist, keinesfalls aber schon im intrauterinen Leben. Denn wäre die Ohrtrompete schon damals versperrt geworden, hätte es sicherlich bedeutend schwerere Folgen gehabt auch auf die Hörfähigkeit. Ist doch das Mittelohr bis zum Beginn des Athmens mit colloidem embryonalen Gewebe ausgefüllt, und wäre die Atresie zur Welt gebracht worden, so hätte die Aufsaugung dieses Gewebes nicht vor sich gehen können, da das Hauptbedingniss dazu, die Tubenathmung, d. h. Lüftung gefehlt hätte.

Das Zustandekommen der Atresie müsste in diesem Falle erst damals stattgefunden haben, als das Cavum tympani schon normal geworden ist, und gewiss nicht acut, sondern ganz allmählich müsste sich die Tuba verengert haben, um der Natur zu ermöglichen, ihr Zeit zu lassen, irgend welchen Ersatz zu bieten für den Functionsausfall, der durch den endgiltigen Verschluss verursacht wurde.

Hauptsächlich aus diesem Gesichtspunkte habe ich diesen Fall einer gründlichen Studie und Beobachtung unterworfen, und vorzüglich dieser Gesichtspunkt bewog mich dazu, den Fall zu publiciren, abgesehen davon, dass derselbe einer der seltenst vorkommenden Fälle ist.

Mit dem Verschluss der Eustach'schen Röhre wird nämlich das Gehörorgan seiner wichtigen Function entledigt, das ist die Ventilation der Trommelhöhle. Wie aber aus dem Obigen ersichtlich ist, enthält im gegenwärtigen Falle das Cavum tympani trotz des Tubenverschlusses Luft, und dem entsprechend ist die Hörfähigkeit auch relativ gut erhalten.

Selbstverständlich ist diese Luft nicht dieselbe, die nach der Atresie in der Trommelhöhle zurückgeblieben ist, sondern es muss ein Austauschprocess zwischen der Luft der Atmosphäre und zwischen der der Trommelhöhle stattfinden, da sonst die abgesperrte Luftmenge von den Gefässen absorbirt worden wäre. Und dieser Austausch ist im gegenwärtigen Falle nur durch einen einzigen Weg möglich, und der führt durch das Trommelfell hindurch, da die Tuba undurchgängig ist.

Ich kam nun zur festen Ueberzeugung, dass es nicht nur eine

Digitized by Google

Tuben-, sondern eine Trommelfell-Ventilation gebe. In dem gegenwärtigen Falle hat sogar die Membrana tympani ganz die Function der Tuba übernommen, was dadurch ermöglicht wurde, weil die Trommelfelle hier aussergewöhnlich dünn sind, was allerdings die Hand der Natur ist; ebenso wie in Prof. Gruber's Fall von Tubenatresie, wo eine angeborene Trommelfellperforation die Lüftung der Trommelhöhle übernahm; Professor Urbantschitsch[18]) verleiht schon der Meinung Ausdruck, dass das Trommelfell für die Luft durchgängig sein müsse und bezieht sich auf Hensen's[19]) Ansicht, wo, wörtlich citirt, gesagt wird, „dass ein osmotischer Strom durch das Trommelfell gehen dürfte".

Mein Fall ist nun ein unbestreitbarer Beweis dafür, dass es eine Trommelfell-Ventilation gebe. Zu dessen weiterer Bekräftigung habe ich auch schon mehrere diesbezügliche Experimente vorgenommen, die das Gesagte bestätigen, nur sind dieselben nicht ganz abgeschlossen. Ich behalte mir daher vor, bei einer andern Gelegenheit darauf zurückzukommen.

Bevor ich schliesse, muss ich etwas noch berühren, was nicht stricte zum Thema gehört, nachdem aber in der obigen Beschreibung die Anwendung eines methematischen Zeichens vorkommt, die näheren Aufschluss erfordert, muss ich mich darüber kurz äussern.

Die meisten Otologen stimmen darin überein, dass der Rinne'sche Versuch eine werthvolle Auskunft giebt bei der Untersuchung des Gehörorgans über die vorhandene Affection. Nicht minderwerthig ist der Schwabach'sche Versuch, durch welchen wir die Perceptionsdauer prüfen. Beide combinirt, geben noch werthvollere Daten zur Diagnose.

Der Kürze wegen und wegen leichterer, schnellerer Uebersicht habe ich die Bezeichnung des Befundes beim Rinne'schen Versuch mit dem „grösser" resp. „kleiner" bedeutenden Zeichen der Mathematik verbunden, welcher sich auf die Perceptionsdauer bezieht; ist dieselbe verlängert, kommt nach dem R das $>$ Zeichen geschrieben, ist sie verkürzt, so kommt das $<$ Zeichen, ist sie normal, wird dem Rinne'schen Zeichen gar nichts zugefügt.

So erhalten wir nun sechs Bezeichnungen, deren Deutung Folgendes ist:

R + = Positiver Rinne mit normaler Perceptionsdauer (normales Verhältniss).
R − = Negativer Rinne mit normaler Perceptionsdauer (leichtere Erkrankung des Schallleitungsapparates).
R > + = Positiver Rinne mit verlängerter Perceptionsdauer (Anfangsstadium der acuten Otitis media).
R < + = Positiver Rinne mit verkürzter Perceptionsdauer (Sclerosis, Labyrinth- oder Acusticusaffectionen).
R > − = Negativer Rinne mit verlängerter Perceptionsdauer (reine Affectionen des Schallleitungsapparates, Tubenverschluss).
R < − = Negativer Rinne mit verkürzter Perceptionsdauer (Schallleitungs- und gleichzeitige Perceptionsapparat-Erkrankung).

[18]) Lehrb., II. Aufl., S. 217.
[19]) Hermann's Handb. der Physiologie, 1880, III, 2, S. 53.

Digitized by Google

Bei der Feststellung dieser Formel muss man mit besonderer Sorgfalt vorgehen, wenn die Erkrankung des Gehörorgans einseitig ist.

Es ist nun einleuchtend, dass diese Bezeichnungen, in den Krankenaufnahmebüchern und öffentlichen Publicationen gebraucht, eine leichte Uebersicht und auch eine gute Orientirung in der Diagnose bieten. Ich erlaube mir nun, die Acceptirung dieser Formel anzuempfehlen.

Discussion:

Dr. Gomperz möchte dem Vortragenden empfehlen, bei seiner Patientin einen therapeutischen Versuch in Anwendung zu bringen, der von Politzer herrührt und mit welchem es sich in diesem Falle wohl sicher entscheiden liesse, ob die Diagnose Atresie und die Annahme der Trommelfell-Ventilation einwandfrei ist. Dieses Experiment ist die Paracentese des Trommelfells mit nachfolgender Luftverdichtung vom äusseren Gehörgange aus. Auf diese Weise konnte Gomperz in Fällen allerschwerster Tubenstenose, wo die Lufteintreibung mit keinem Verfahren gelang, die Ventilation des Mittelohres und Entfernung von Exsudat erfolgreich durchführen.

Alt hat ausser den durch Entzündungsprocesse bedingten Tubenstenosen mehrere Tage anhaltende Tubenatresien bei Caissonarbeitern beobachtet, die durch den negativen Druck in der Trommelhöhle und die Saugwirkung auf die Gefässe der Tubenschleimhaut hervorgerufen waren. Der Verschluss hielt durch einige Tage an und war so hochgradig, dass weder beim Valsalva, noch bei Lufteintreibung oder Catheterismus auch nur die geringste Luftmenge in das Mittelohr gelangen konnte.

Falta: Ich muss den Irrthum, die Diagnose betreffend, hier ausschliessen, nachdem ich doch die Patientin seit neun Monaten beobachtete und alle möglichen Experimente vorgenommen habe, die nur auf Atresie hinweisen. Als Experiment würde ich hier die Paracentese nicht vornehmen, nachdem die Hörschärfe genügend ist. Flüssigkeit habe ich auch durch den Catheter zu injiciren versucht, nämlich in Lösung um eine Abschwellung vielleicht zu erreichen; die Flüssigkeit drang nicht durch. Rhinoscopisch war die Diagnose der Atresie nicht festzustellen gewesen, da doch das Ostium frei war. Was die Bemerkung des Herrn Dr. Alt betrifft, dass Fälle vorkommen, wo die Anschwellung der Tuba dieselbe Tage lang undurchgängig macht, muss ich bemerken, dass ich nicht von Tubenschwellung, sondern von Tubenverschluss spreche, welchen ich nicht Tage hindurch, sondern neun Monate beobachtete.

4) Prof. Dr. A. Politzer: Pathologisch-anatomische und klinische Beiträge zu den Erkrankungen des äusseren Attic.

Der von Demonstrationen anatomischer Lupenpräparate begleitete Vortrag bildet eine Fortsetzung der Untersuchungen über die anatomischen Verhältnisse und die pathologischen Veränderungen im äusseren Attic, deren Resultate P. zum Theil auf dem internationalen otologischen und laryngologischen Congresse in Paris 1889, zum Theil in der 10. Versammlung befreundeter süddeutscher und schweizerischer Ohrenärzte in Nürnberg 1890 mitgetheilt hat. Die in den letzten Jahren fortgesetzten Untersuchungen an normalen und pathologischen Gehörorganen haben

Digitized by Google

eine Reihe interessanter Details zu Tage gefördert, deren Ergebnisse den Gegenstand des heutigen Vortrages bilden.

Bezüglich der normalen anatomischen Verhältnisse des äusseren Attic wird von P. hervorgehoben, dass trotz der einschlägigen Arbeiten von Kretschmann, Chatellier, Zuckerkandl und Politzer die Anatomie des äusseren Abschnitts des Attic noch nicht ganz erforscht ist. Die Schwierigkeit, ein normales Bild des äusseren Attic beim Erwachsenen zu entwerfen, ist vorzugsweise in den zahlreichen Varietäten der den Attic begrenzenden und dessen Binnenraum durchsetzenden Schleimhautfalten und Duplicaturen zu suchen. Für die anatomische Beschreibung des äusseren Attic lassen sich daher nur die constanten Bänder und Falten und die am häufigsten vorkommenden Varietäten verwerthen.

Beim Neugeborenen ist, wie mehrere Präparate P.'s zeigen, der Attic theilweise oder ganz vom embryonalen Schleimhautpolster ausgefüllt. Der von diesem Gewebe ausgefüllte Raum zwischen Shrapnell'scher Membran und Hammerhals enthält einen nur bei Lupenuntersuchung sichtbaren kleinen Hohlraum, die erste Anlage des Prussak'schen Raumes. An Frontalschnitten durch die ganze Trommelhöhle des Neugeborenen findet man häufig nur den Attic mit dem embryonalen Schleimhautpolster ausgefüllt, während der mittlere und untere Theil der Trommelhöhle von ihm frei sind. Die Bänder, Falten und gestielten Körperchen, die man beim Erwachsenen im Attic und Prussak'schen Raume findet, sind Residuen dieses Schleimhautpolsters. P. weist auf die Wichtigkeit des von ihm zuerst beschriebenen, von Bindegewebe und Blutgefässen ausgefüllten Spaltes hin, der von der äusseren Atticwand zur oberen Gehörgangswand hinzieht und den er als Atticspalt bezeichnet. Er bildet zuweilen die anatomische Grundlage eines vom Attic ausgehenden, die obere Gehörgangswand durchsetzenden Fistelcanals.

Mannigfache Varietäten zeigt das Verhältniss der Shrapnell'schen Membran zum Ligament. mallei extern. Beide inseriren entweder gesondert am Margo tympanicus, oder sie verschmelzen vor der Insertion zu einer einfachen Membran. Mehrere Male sah P. das Ligament. mallei extern. in zwei gesonderte Faserzüge sich theilen, von denen der obere in den Atticspalt eindringt, während der untere zum Margo tympanicus hinzieht.

Die Schwierigkeit, die Communicationen zwischen dem Attic und dem Trommelhöhlenraume auf anatomischem und histologischem Wege festzustellen, veranlasste P. zu folgendem Versuche an einer Anzahl von normalen Gehörorganen, aus welchem sich die grosse Variabilität der Communicationen ergab. Nach Entfernung der Pyramide und Freilegung der Innenseite des Trommelfells wurde die Membrana Shrapnelli vom äusseren Gehörgang aus mittelst einer Paracentesennadel durchschnitten und der äussere Gehörgang mit Quecksilber gefüllt. Durch leichte Compression des Quecksilbers im Gehörgange floss das durch die perforirte Membrana Shrapnelli eindringende Metall an der Innenseite des Trommelfells ab, und zwar am häufigsten oberhalb der hinteren Trommelfellfalte, einige Male durch eine Oeffnung an der Kuppe der hinteren Trommelfelltasche und ein Mal am vorderen Abschnitt des Attic vor dem Hammerkopf.

Digitized by Google

P. legt nun eine Serie der in den letzten vier Jahren beobachteten pathologischen Veränderungen im äusseren Attic vor. Als die wichtigsten sind hervorzuheben die in Folge chronischer Mittelohrcatarrhe sich entwickelnden Bindegewebsneubildungen, welche bald im oberen Theile des Attic, bald im Prussak'schen Raume stärker ausgeprägt sind und zur theilweisen oder gänzlichen Verödung dieser Räume führen. Von besonderem Interesse ist die verhältnissmässig grosse Anzahl der Präparate von Verwachsung der Membrana Shrapnelli mit dem Hammerhalse und die theilweise oder gänzliche Verödung des Prussak-schen Raumes. Diese Befunde lassen sich auch während des Lebens diagnosticiren.

Acute Processe in der Trommelhöhle veranlassen die Ausscheidung von fibrinösem oder eitrigem Exsudate in die Räume des äusseren Attic.

Die acute, eitrige Entzündung des äusseren Attic, von manchen Fachärzten in Abrede gestellt, wurde von P. in einzelnen seltenen Fällen klinisch erwiesen, und wird dies vom Vortragenden durch mehrere Trommelfellbilder erläutert. — Die chronischen Entzündungen des äusseren Attic mit Perforation der M. Shrapnelli führen durch Rundzellenwucherung an der Schleimhaut zur Hyperplasie, Verengung und theilweiser Verödung der Atticräume (4 Präparate), zur Bildung von Granulationen und Polypen, welche durch die Shrapnell'sche Membran in den äusseren Gehörgang hervorwuchern und eine so beträchtliche Grösse erreichen, dass sie als Gehörgangspolypen imponiren und erst nach Abtragung den Ursprung aus dem Prussak'schen Raum (Hammerhals) erkennen lassen.

P. erörtert sodann an mehreren Präparaten die Cholesteatome im äusseren Attic, die zweifelsohne in der Mehrzahl der Fälle als Invasions-Cholesteatome angesehen werden müssen. Oft bleiben sie auf den äusseren Attic beschränkt, nicht selten jedoch wachsen sie in das Antr. mast. hinein, dasselbe ausfüllend und erweiternd. In letzterem Falle treten oft Schwindel und Kopfschmerzen auf, welche die operative Freilegung der Mittelohrräume erfordern.

Schliesslich demonstrirt P. eine Reihe von Präparaten mit cariöser Einschmelzung des Margo tymp., wodurch an der äusseren Atticwand Lücken entstehen, durch die man den freiliegenden Hammer-Amboskörper, oder bei Zerstörung desselben einen Theil des oberen Trommelhöhlenraumes, manchmal sogar das Antrum mastoid. übersehen kann (Gruber).

Nachdem P. noch die klinische Seite der Atticeiterungen besprochen, resumirt er die verschiedenen Behandlungsmethoden derselben.

Die conservative Behandlung, bestehend in antiseptischen Ausspülungen mittelst gekrümmter Canülen (Hartmann), mit nachfolgender Injection von alcoholischen Lösungen der Borsäure, Carbolsäure, Sublimat, Wasserstoffhyperoxyd (Pollak) in den Attic, ferner die pulverförmigen Einblasungen antiseptischer Medicamente (Gomperz), leistet in manchen Fällen in Bezug auf Sistirung der Eiterung sehr gute Dienste. Oft jedoch bleibt selbst die sorgfältigste, längere Zeit fortgesetzte antiseptische Behandlung resultatlos. Eine häufige Ursache der hartnäckigen Fortdauer der Atticeiterung ist die Caries des Margo tymp., deren Diagnose durch sorgfältige Sondirung durch feingearbeitete,

Digitized by Google

geknöpfte Silbersonden festgestellt werden kann. P. hat in den letzten Jahren in einer grösseren Reihe von Fällen die Heilung chronischer Atticeiterungen durch wiederholtes Ausschaben des rauhen Margo tymp. mittelst kleiner, scharfer Löffel erzielt und empfiehlt die Ausführung des Curettements bei den chronischen Atticeiterungen selbst dort, wo keine Rauhigkeiten am Knochen nachweisbar sind. Durch diesen Eingriff wird gleichzeitig die Knochenöffnung im äusseren Attic erweitert und die Eiterhöhle für die antiseptische Behandlung zugänglicher gemacht.

Die operative Freilegung des äusseren Attic bei hartnäckigen septischen Eiterungen, ohne Hammer und Ambos zu dislociren, gehört zu den schwierigsten Aufgaben der operativen Ohrenheilkunde. Der grosse Nutzen dieser Operation ergiebt sich aus der Thatsache, dass Atticeiterungen, bei denen sich durch den Krankheitsprocess ausgedehnte Lücken an der äusseren Atticwand bilden, spontan ausheilen. Die bisher von verschiedenen Seiten vorgeschlagenen zangenförmigen Meisselinstrumente haben sich als unbrauchbar erwiesen. P. hat in letzter Zeit eine Serie von länglichen Fraisen, die am vorderen Ende mit kleinen Schutzplatten versehen sind, anfertigen lassen, mittelst welcher er (durch einen Electromotor) einen Theil der Wand des äusseren Attic und des Antrum mast. an der Leiche ausfraisen konnte, ohne Hammer und Amboss zu dislociren. P. hat vor, diese Operation bei einigen hierzu geeigneten Fällen in nächster Zeit auszuführen. Zur Stacke'schen Operation entschliesst sich P. bei geringgradiger Hörstörung nur dann, wenn Schwindel, Kopfschmerz und andere bedenkliche Symptome auftreten, welche auf Eiterstagnation oder Cholesteatomansammlung im Attic und Antrum hindeuten.

Die Ansammlung von cholesteatomatösen Epidermismassen im äusseren Attic erfordert die zeitweilige Ausspülung mittelst gekrümmter Canülen. Die Recidiven erfolgen hier um so häufiger, als das Wachstum der Epidermis an der oberen Gehörgangswand ungleich rascher vor sich geht, als an den anderen Theilen des äusseren Gehörgangs. Von der Ueberzeugung ausgehend, dass es sich in den meisten Fällen von Cholesteatom im Attic um eine Epidermisinvasion von der oberen Wand des äusseren Gehörganges handelt, schlägt P. vor, einen 3—4 Mm. breiten Cutisstreifen der oberen knöchernen Gehörgangswand zu excidiren und demonstrirt die hierzu nöthigen Instrumente. Die blossgelegte Gehörgangswand wird allerdings wieder von epidermistragendem Narbengewebe überzogen, doch wird an dieser das Wachsthum der Epidermis ein minimales sein. Der Vortragende wird seiner Zeit die Resultate dieses Operationsverfahrens mittheilen.

5) Docent Dr. Gomperz stellt einen Patienten mit beiderseitiger Vorwölbung im hinteren oberen Quadranten des Trommelfelles vor, wie er sie schon als typische Veränderung der Trommelfellspannung bei ventilartig wirkenden Tubenverschlüssen beschrieben hat. Besonders schön ist der Zustand links entwickelt. Das Trommelfell ist von normaler Farbe, etwas atrophisch und in seiner oberen Hälfte convex vorgewölbt, besonders im hinteren oberen Quadranten. Dadurch besteht ein breiter glänzender Lichtreflex, der sich vom Proc. brevis nach hinten zieht; gegen die untere Trommelfellhälfte setzt sich

Digitized by Google

die Vorwölbung ziemlich scharf ab. Hörweite normal, sehr scharf, Tuba gut durchgängig. Früher konnte sich G. das Bild nicht gut erklären; jetzt, wo er die Abhängigkeit desselben von ventilartig wirkenden Tubenschwellungen erkannt hat, bei denen die Luft leichter in die Paukenhöhle eintreten, als aus ihr austreten kann, schliesst G. stets aus dem Befunde einer solchen Vorwölbung auf ein Nasenleiden. Der Patient hier hat beiderseits Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln, eine Crista septi rechts und circumscripte Hypertrophie am vorderen Ende der unteren Muschel links.

6) Dr. Spira (Krakau): Einige Worte zur conservativen Behandlung der chronischen Otorrhoe.

Der Vortragende hebt die Wichtigkeit der conservativen Behandlung dieser Krankheit und ihre sociale Bedeutung besonders in der Privatpraxis hervor, im Gegensatze zu dem Operationseifer in den öffentlichen Anstalten, welcher nachgerade in einen Uebereifer und in eine Polypragmasie auszuarten droht. Die Schwierigkeit, in allen Fällen zu individualisiren und in jedem gegebenen Falle a priori mit Bestimmtheit die Möglichkeit einer Heilung ohne operative Eingriffe abzusprechen, machen es dem Arzte zur Pflicht, überall, wo nicht gerade Gefahr im Verzuge ist, nichts unversucht zu lassen, ehe er zu dem Messer seine Zuflucht nimmt.

Nach der eigenen Erfahrung des S. verdient das Xeroform in der conservativen Behandlung der chronischen Ohreiterung eine grössere Berücksichtigung, da von seiner Anwendung keine Gefahr der Eiterretention droht und die Secretion oft entschieden günstig beeinflusst wird, so dass es der Borsäure an die Seite gestellt zu werden würdig ist.

Für Fälle, wo Pulverbehandlung contraindicirt ist, empfiehlt S., therapeutische Flüssigkeiten in der Weise anzuwenden, indem dieselben bei zuvor durch eine eingeführte, möglichst dicke Bougie verstopfter pharyngealer Tubenmündung in die Paukenhöhle eingeträufelt und dann die Traguspresse ausgeübt wird. Dadurch muss die am Ausweichen nach Pharynx und Nase gehinderte Flüssigkeit, dem äusseren Drucke nachgebend, um so leichter in die verschiedensten Falten, Spalten, Buchten, Recessus u. s. w. der Paukenhöhle eindringen, in um so stricteren Contact mit der Schleimhaut derselben gelangen und conservativ eine mehr energischere und intensivere therapeutische Wirksamkeit entfalten.

Discussion:

Urbantschitsch bemerkt nur betreffs des Xeroforms, dass er dieses Mittel gleich anderen Collegen oft angewendet habe, aber diesem Mittel nichts Besonderes nachrühmen könne; eher habe sich ihm noch das Airol als ein dem Xeroform überwiegendes Mittel bewährt.

Gomperz findet es nicht entsprechend, bei Cholesteatomansammlung oder Eiterungen aus dem Attic und Antrum unlösliche Pulver einzublasen; für die Eiterungen der unteren Trommelhöhlenpartie ist doch die Hauptsache exacte Reinigung. Das Mittel, welches eingeblasen wird, ist nebensächlich.

Falta: Die conservative Behandlung ist in allen möglichen Fällen vorzunehmen. Bei Attic-Eiterungen mit genügender Perforation er-

Digitized by Google

reichte er sehr schöne Erfolge mit der Tamponade von ganz kleinen Gazestückchen, und zwar wendet er in der letzteren Zeit dazu die Chinolin-Naphtholgaze von Haug an.

7) Prof. Urbantschitsch: Ueber Schwindel und Scheinbewegung.

Im Verlaufe der letzten zwei Jahre stellte ich eine Reihe von Versuchen über Schwindel und Scheinbewegung an, und zwar an Personen mit gesunden wie auch kranken Ohren. Durch verschieden combinirte Einflüsse auf Gehör und Gesichtssinn stellten sich Phänomene ein, die ich jetzt nur kurz schildern möchte, da ich mir eine ausführliche Publication vorbehalte. Ich liess die Personen eine Tafel mit dem Blick fixiren; diese hatte einen Kreis mit verticalem und horizontalem Durchmesser in schwarzer Farbe, ferner im Abstand von zwei zu zwei Graden Durchmesser in verschiedenen anderen Farben. Es wurde ein Ohr ausgespritzt, in den äusseren Gehörgang Luft eingeblasen, Luftverdichtung, Luftverdünnung daselbst ausgeführt, stets sorgfältig, ohne den Kopf zu berühren: es traten Veränderungen ein, die bei verschiedenen Personen verschiedenen Character trugen. Die Einen gaben auf Befragen an, es sei jetzt der rothe, der grüne Durchmesser vertical. Der Winkel dieser angegebenen Linie mit dem schwarzen Durchmesser fixirte den Grad der Scheinablenkung. In den meisten Fällen betrug diese 2—4°, sie wurde aber auch bis zu 10° beobachtet. Andere gaben an, es trete Fächerbewegung auf, d. h. die Radien rückten einander näher, wichen wieder auseinander. In manchen Fällen davon blieb der verticale Radius fix, in anderen wieder bewegte er sich mit. Weiter kam Oscillation, langsames und rascheres Pendeln oder wellförmige Bewegung der Radien zur Beobachtung, endlich konnten die Linien ihren Platz beibehalten, erscheinen aber geknickt. Wiederholt lösten die Arten der Bewegung bei demselben Eingriff einander ab. Die Scheinbewegung im Bereich des oberen Durchmessers war keineswegs immer dieselbe wie im unteren. Eine Reihe von Variationen konnte ich dadurch auslösen, dass ich bald binocular betrachten liess, bald monocular, und zwar durch das mit dem Ohr gleichnamige und entgegengesetzte Auge. Die Zeit, welche vom Beginn des Versuches bis zum Eintritt des Phänomens verstreicht, ist durchaus verschieden, bei den Einen sofort, bei Anderen nach Secunden, für das Auge der einen Seite früher, für das andere später. Ebenso ist die Dauer der Erscheinung verschieden. Wiederholt beobachtete ich Ausbleiben der Scheinbewegung bei binocularem Sehen, dagegen Ablenkung nach rechts für das eine, Ablenkung nach links für das andere Auge. Es trat also bei beiderseitigem Betrachten eine Correctur ein. Das wäre ein Fall vollständiger Correctur gewesen, während andere unvollständig corrigirt erscheinen. Als Resultat unvollständiger Correctur können Doppelbilder auftreten. Ich citire einen Fall: an Stelle des einen verticalen Kreuzes zwei Kreuze nach rechts geneigt für das eine Auge, nach links geneigt für das andere. Bei binocularem Sehen drei Kreuze, die zwei randständigen geneigt, das eine nach rechts, das andere nach links, das in der Mitte vertical. Auch durch Einwirken von Tönen löste ich eine complicirte Reihe von Erscheinungen aus. Bald waren es nur hohe,

Digitized by Google

dann wieder nur tiefe Töne, das eine Mal gerade nur das zweimal gestrichene C, ein anderes Mal irgend ein anderer bestimmter Ton, der Schwankung nach rechts oder links, der Sturzbewegung nach vorne oder hinten oder auf die Seite auslöste. Dies bei aufrechter Haltung, geschlossenen oder offenen Augen. Das eine Mal war das erregende Moment das Einsetzen, das andere Mal das Schwinden des Gehöreindruckes. Wiederholt konnte ich durch Einspritzen hervorgerufene Ablenkung durch Anlauten einer Stimmgabel von bestimmter Tonhöhe vergrössern oder auch corrigiren. Eine andere Versuchsreihe: c^1 und alle höheren Töne bis c^2 erregen isolirt Fächerbewegung, alle höheren Töne Wellenbewegung der Radien. Wird aber ein Ton nach dem anderen von c^1 bis c^2 angelautet, so bleibt die Fächerbewegung selbst bei noch höheren Tönen erhalten; dann erst tritt die Wellenbewegung ein. Und umgekehrt: ich beginne mit Tönen zwischen c^2 und c^3. Ich löse Wellenbewegung aus. Ich wähle allmählich tiefere Töne. Es tritt die Wellenbewegung dann selbst bei Tönen ein, welche bei isolirtem Anlauten Fächerbewegung erregen. Es ist das eine ähnliche Erscheinung, wie sie bei Personen mit Ausfall einer Tonreihe — wie oft bei Taubstummen — beobachtet wird. Auch da können durch allmähliches Ansteigen in der Scala Töne, die sonst der Perception entzogen sind, wahrgenommen werden. Werden andererseits Töne aus dem Bereich der Tonlücken angestimmt, so gelangt man allmählich ansteigend oder fallend zu Tönen, die sonst wahrgenommen werden, so aber der Perception entgehen.

Der Einfluss von Tönen auf Scheinbewegung wurde weiter variirt durch gleichzeitiges Vorhalten verschiedenfarbiger Gläser, und zwar: Anlauten des Tones vor dem einen Ohr, Vorhalten des Glases vor dem Auge derselben, der entgegengesetzten Seite, vor beiden Augen. Combination bestimmter Farben und Töne lösten bei demselben Individuum Scheinbewegung, Sturzbewegung von ganz bestimmtem Character aus, ich vermochte durch Einspritzen hervorgerufene Bewegung zu vergrössern, zu corrigiren, selbst übercorrigiren.

Noch einige Worte über die Verwerthung der Angaben der Beobachteten. Auf das Sorgfältigste hütete ich mich vor Suggestivfragen, etwa: „Sehen Sie die Linien sich bewegen, sich schlängeln?“ Immer lautete die Frage: „Was sehen Sie?“ Es wurden dieselben Combinationen an den gleichen Personen zu wiederholten Malen in verschieden langen Intervallen angewendet, die zahlreichen Angaben — oft über 40 Details — verbucht. Oft stimmten die Angaben zu verschiedenen Zeiten überein, oft wechselten sie. Die Zahl der untersuchten Personen betrug über 100. Vor zwei Jahren begann ich mit den Versuchen, setzte sie nach längerer Unterbrechung an einer ganz anderen Gruppe von Personen fort. Die Angaben über die Phänomene blieben im Wesen dieselben.

Discussion:

Pollak glaubt, dass eine Erklärung der von Urbantschitsch geschilderten Schwindelerscheinungen durch die von Mach, Goltz, Breuer festgestellte Function der Bogengänge gegeben werden könne. Reize, die den Cochlearapparat treffen, werden auch den Vestibular-

Digitized by Google

apparat erregen. Reizungen der Bogengänge lösen, wie auch Högyes gezeigt hat, Contractionen bestimmter Augenmuskelgruppen aus, die, wenn auch geringe, doch eine solche Deviation der Augenaxen zur Folge haben, die genügt, um die Senkrechte nach der einen oder andern Seite geneigt zu sehen.

Dr. Hammerschlag meint, dass die Erhaltung des Gleichgewichts eine hoch zusammengesetzte Function sei, an deren Zustandekommen sämmtliche Sinnesfunctionen, das Gesicht, das Gehör, der Tastsinn, der Muskelsinn betheiligt seien. Es würde also irgend eine Störung auf irgend einem Sinnesgebiete im Stande sein, diese hoch zusammengesetzte Function zu beeinträchtigen.

Spira meint, dass diese Scheinbewegungen und Schwankungen in Analogie zu stellen wären mit den Störungen des Sehorgans bei Accommodationsstörungen. Es treten bei Myopie, Presbyopie und beim fixeren Lesen oft asthenopische Erscheinungen, Bewegung der Gegenstände, Verwechselung der Buchstaben auf, als Ursache ist Accommodationsstörung bekannt. In ähnlicher Weise liessen sich vielleicht auch die erwähnten Erscheinungen von Seiten des Gehörs auf Accommodationsstörungen am Hörapparate zurückführen.

8) Prof. Gruber: Zur Lehre von den intracraniellen otitischen Erkrankungen.

Prof. Gruber erwähnt zunächst und als Nachtrag zu seinem im vorjährigen Otologentage über denselben Gegenstand gehaltenen Vortrage, welchem bekanntlich 40073 im Wiener k. k. allgemeinen Krankenhause vom 1. Januar 1873 bis 31. December 1894 ausgeführte Leichenuntersuchungen zur Grundlage dienten, dass er die vorgekommenen Sectionen in den einzelnen Jahren genauer studirte, um zu eruiren, wie sich das Verhältniss der Sterblichkeit herausstellt, wenn man die Resultate jener Zeit, in welcher die Otochirurgie noch wenig in Schwung war, mit den Resultaten der letzten Jahre, in welchen ja bekanntlich sehr viel operirt wird, vergleicht. Es ergab sich:

Sectionen im Zeitraume			intracranielle Erkrankungen	pCt.
1. 1. 1873	bis	1. 1. 1883, 17941	88	0,49
1. 1. 1883	„	1. 1. 1888, 8770	52	0,59
1. 1. 1888	„	1. 1. 1890, 3960	26	0,65
1. 1. 1890	„	1. 1. 1892, 3683	28	0,76
1. 1. 1892	„	1. 12. 1894, 5719	38	0,66

Nach dieser Tabelle würde sich ein günstiges Resultat für die Operationsperiode nicht ergeben; allein wenn man bedenkt, dass in den früheren Jahren chronische Entzündungen, namentlich solche mit Caries und Necrose des Schläfebeins, nur selten im Krankenhause für längere Zeit aufgenommen wurden, indem man sie viel vortheilhafter am Lande in guter häuslicher Pflege untergebracht hatte, während in den letzten zehn Jahren fast nur operative Fälle auf den Kliniken Aufnahme fanden, wird man leicht einsehen, dass mit der Entwicklung der operativen Otiatrie sich die Verhältnisse auch nach dieser Richtung zum Vortheile gebessert haben.

Digitized by Google

9) Prof. Jos. Gruber: Osteoporose der Gehörknöchelchen.

Die beiden Schläfebeine einer 59 Jahre alten marastisch zu Grunde gegangenen Weibsperson, welche am rechten Ohre angeblich ganz taub, am linken schwerhörig war (dem Vortragenden war es leider nicht gegönnt, sie während des Lebens zu untersuchen), zeigen sich hochgradig osteoporotisch. An allen Theilen des Schläfebeins kann man schon bei der oberflächlichsten Besichtigung den Knochenschwund erkennen.

Von Interesse erschien es dem Vortragenden, zu eruiren, wie sich die Gehörknöchelchen und die Labyrinthcapseln verhalten?

Die Untersuchung hierüber ist wohl noch nicht abgeschlossen, aber da auch die macroscopischen Verhältnisse von Interesse sind und für die feinere Untersuchung die Knochen zerlegt werden, so hielt es der Vortragende für angezeigt, den Befund theilweise zu schildern.

Rechtes Schläfebein. Aeusserer Gehörgang und Trommelfell zeigen normales Verhalten. Die Knochensubstanz hochgradig rareficirt. Tuba Eust. frei passirbar. Trommelhöhle lufthaltig, Warzenzellen stark entwickelt. Hammer, Amboss und Steigbügel zeigen äusserlich keine augenfällige Veränderung; die Auskleidungsmembran des Mittelohres ganz normal. Die Binnenmuskeln des Mittelohres inseriren an den entsprechenden Theilen der Gehörknöchelchen, zeigen sich aber in ihrer Muskelsubstanz fettig degenerirt, atrophisch. Der Felsentheil des Schläfebeins erscheint mehr porös.

Linkes Schläfebein. An der hinteren Wand des äusseren Gehörganges bemerkt man im knöchernen Teile desselben drei Buchten, in deren jede man einen Hanfkorn legen könnte. Diese Buchten sind der Ausdruck des an dieser Stelle zu Stande gekommenen Knochenschwundes, welcher hier mehr an der Oberfläche stattfand, wo die Cutis des Gehörganges in die Grube hinein gesunken ist und diese auskleidet.

Das Trommelfell ist stark nach innen gewandert und an seinem hinteren Segmente, besonders am hinteren oberen Quadranten hochgradig verdickt, getrübt. Nach Entfernung des Trommelhöhlendaches, welches gleichfalls eine an ausgedehnten lufthaltigen Zellen reiche diploëtische Substanz zeigt, bemerkt man zunächst, dass der Hammergriff, welcher mit dem abwärtssteigenden Schenkel des Ambosses in abnormer Verbindung ist, der inneren Trommelhöhlenwand sehr nahe gerückt ist, und dass er sowohl wie der lange Ambossschenkel mit der inneren Trommelhöhlenwand theils durch Bindegewebe, der lange Ambossschenkel auch durch neugebildete Knochensubstanz in Verbindung gesetzt ist. Die Pseudomembranen, welche die abnorme Verbindung herbeiführen, haben sich auch um die Sehnen des M. tensor tymp. entwickelt, so dass diese nur bei intensiver Besichtigung erkannt wird. Der Kopf des Hammers und die Krone des Ambosses sind ankylotisch verbunden und an der nach innen sehenden Fläche der Ambosskrone ist schon mit freiem Auge eine kleinhanfkorngrosse Knochenneubildung zu beobachten, welche in Halbkugelform der Krone aufsitzt. Der lange Ambossschenkel ist mit dem Trommelfelle nach aussen, sowie mit der hinteren Trommelhöhlenwand nach hinten durch

Digitized by Google

feste knochenharte Masse vereinigt. Alle diese Vorkommnisse konnten sehr genau demonstirt werden.

Die Gehörknöchelchen des rechten Gehörorgans konnten schon jetzt, nachdem in ihren Verbindungen keine Abnormitäten sich ergaben, behufs genauerer Untersuchung decalcenirt und microscopisch untersucht werden. Der Vortragende demonstrirt nun mehrere Präparate vom Hammer und Amboss, an welchen die der Osteoporose zukommenden Veränderungen microscopisch genau zu sehen waren. Der ausführliche Befund wird nach Abschluss der ganzen Untersuchung mitgetheilt werden.

Discussion:

Dr. Gomperz verweist auf einen Fall[20]), in dem er das gleichzeitige Vorkommen von rareficirender und condensirender Ostitis am Tegmen tympani bei chronischer eitriger Paukenhöhlenentzündung beschrieben hat und sieht in dieser die Zerstörung des Knochens begleitenden Neubildung eine wichtige Schutzvorrichtung gegen das Weiterdringen der Entzündung.

10) Prof. Gruber: Ein neues Winkelhandstück zum chirurgischen Electromotor für Operationen in der Tiefe des Gehörganges.

Um den Electromotor auch für Operationen in der Tiefe des Gehörganges etc. verwenden zu können, hat Gruber durch die Firma Reiniger, Gebbert und Schall in Wien ein sogenanntes Winkelhandstück construiren lassen.

Dieses Handstück, welches in Verbindung gebracht wird mit einer biegsamen Welle, ermöglicht, im Gegensatz zu dem bisherigen geraden Handstück, Trephinen, Fraisen, Bohrer etc. im Winkel von ca. 120° abgebogen zu gebrauchen, was den grossen Vortheil hat, dass die obigen Instrumente unter Controlle des Auges eingeführt werden können.

Die Uebertragung der rotirenden Bewegung der biegsamen Welle auf die Instrumente wird durch zwei Zahnräder bewerkstelligt. Sämmtliche Ansatz-Instrumente sind auswechselbar und werden durch einen federnden Schieber festgehalten.

Unter anderen zeigt der Vortragende kleine Trepane, mit welchen kleine Knochenstücke vom Os epitympanicum etc. entfernt werden, um einen Krankheitsherd im oberen Trommelhöhlenraume, wie er sich oft bei Perforation der Shrapnelli'schen Membran vorfindet, freizulegen. Es wäre dies jene Operation, für welche Prof. Politzer in seinem Vortrage die eigens construirten Fraisen empfahl, die aber auch mit Hilfe des Winkelhandstückes leichter anzuwenden sein werden.

11) Dr. Ferdinand Alt: „Zur Aetiologie der Erkrankungen des schallempfindenden Apparates."

Die Erkrankungen des schallempfindenden Apparates boten von Alters her in der Ohrenheilkunde die breiteste Grundlage für wissenschaftliche Arbeiten, und wenn auch die Chirurgie im letzten Decennium einen bestimmten Einfluss auf die Richtung unserer Fachwissenschaft gewann, vermochte sie doch nicht ein grosses Problem zurückzudrängen,

[20]) Monatsschr. f. Ohrenheilkunde 1893, pag. 35.

Digitized by Google

das so zu sagen alle otiatrischen Forscher beschäftigt: die Einengung des Gebietes der nervösen Schwerhörigkeit.

So war und ist denn das Streben ein allgemeines, interessante klinische Beobachtungen über Erkrankungen des inneren Ohres durch anatomische Befunde zu verificiren oder doch wenigstens seltene Beobachtungen am Kranken oder am Sectionstische zu veröffentlichen und hierdurch ein kleines Schärflein zur Lösung des Problems beizutragen.

Zweifellos werden und müssen weitere Arbeiten auf diesem Gebiete die Zahl jener Erkrankungen einschränken, die jetzt noch grosse Schwierigkeiten für eine genaue Beurtheilung darbieten. Allein diese zahlreichen Einzelbeobachtungen, so hoch sie auch als wissenschaftliche Leistung anzurechnen sind, bringen andererseits die Gefahr mit sich, dass die Literatur von Berichten über die seltensten Affectionen des schallempfindenden Apparates überschwemmt wird, während die einfache Uebersicht über gewöhnlich vorkommende Erkrankungen des inneren Ohres nahezu verloren geht.

Seit dem Bestande der österreichischen otologischen Gesellschaft hat der Vortragende von einschlägigen Fällen daselbst demonstrirt: eine Mumpstaubheit, einen Fall von Morbus Ménière im Verlaufe einer subacuten Nephritis, eine alcoholische Polyneuritis mit Hörstörungen, die im Sinne einer alcoholischen Neuritis des Acusticus gedeutet wurden, ferner apoplectiforme Labyrintherkrankungen bei Caissonarbeitern, eine psychische Taubheit, eine Labyrintherkrankung nach übermäßigem Salicylgebrauch, eine Basalfractur durch das Labyrinth und von anatomischen Befunden leukämische Infiltration des Acusticus von einem während einer myelolienalen Leukämie unter Ménière'schen Erscheinungen ertaubten Manne und schliesslich experimentell erzeugte Blutungen in das Labyrinth von Thieren, welche einem hohen Luftdruck ausgesetzt und rasch entschleust wurden.

Alle diese Fälle gehören zu den seltensten Beobachtungen, ebenso betreffen alle einschlägigen Publicationen in der Literatur nur die allerseltensten Fälle von Erkrankungen des schallempfindenden Apparates, während den gewöhnlich vorkommenden Affectionen des inneren Ohres eine so stiefmütterliche Behandlung zu Theil wird, dass wir in den Werken der namhaftesten Autoren sowie in den Jahresberichten der Ohrenkliniken durchaus nicht übereinstimmende und nach divergirenden Gesichtspunkten angeordnete statistische Angaben über die Aetiologie der Erkrankungen des inneren Ohres vorfinden.

Zur Beleuchtung dieser Verhältnisse hat A. die ihm zugänglichen Jahresberichte in der Literatur aus dem letzten Decennium und die Protocolle der Klinik Gruber vom Jahre 1890 ab als Grundlage für eine statistische Bearbeitung der Erkrankungen des schallempfindenden Apparates verwerthet. Das Material umfasst: 40043 Ohrenkranke aus Jahresberichten verschiedener Kliniken, 42736 Fälle aus den Protocollen der Klinik Gruber; ferner wurde der Bericht Bürkner's vom X. internationalen medicinischen Congress in Berlin über 100000 Patienten berücksichtigt. Dies ergiebt eine Gesammtsumme von 182779 Ohrenkranken. Vom 1. Januar 1896 bis 15. Juni 1897 hat der Vortragende an der Klinik Gruber bei einer Ambulantenzahl von 8910 Kranken allen Affectionen des schallempfindenden Apparates mit Rücksicht auf

Digitized by Google

diese statistische Arbeit besondere Aufmerksamkeit gewidmet, weshalb er über diese Zeit specielle Berechnungen anstellte. Nur auf Grund eines so grossen Materials kann man einigermaassen verlässliche Daten gewinnen, die bei gleichmässigem Vorgehen der betreffenden Autoren absolut verlässliche werden könnten. Die Divergenz in der Anordnung des Stoffes beruht auf folgenden Umständen: In den Jahresberichten der Literatur sind die secundären Labyrintherkrankungen nach eitrigen und nicht eitrigen Mittelohraffectionen bis auf wenige Fälle von Labyrinthnecrose gar nicht berücksichtigt, während wir in Wien relativ häufig dieses ätiologische Moment bezw. diese Coincidenz mit der Mittelohrerkrankung festzustellen pflegen. Viele Autoren führen ferner „Ohrensausen ohne Herabsetzung des Gehörs und ohne objectiven Befund" unter den Erkrankungen des inneren Ohres an. Es ist allerdings schwer, diese Affection in einem Berichte an anderer Stelle einzureichen, allein da diese Form des Ohrensausens keine Erkrankung des Labyrinths, vielmehr einen Reizungszustand desselben darstellt, der als Krankheitssymptom durch die verschiedensten Ursachen bedingt sein kann, erscheint es nicht gerechtfertigt, bei Aufstellung statistischer Daten diese Fälle einzubeziehen. Ebenso werden von manchen Autoren alle Fälle von Ménière'schem Symptomencomplex zu den Erkrankungen des inneren Ohres gezählt; A. weist diesbezüglich auf die wiederholten Debatten über diese Frage in der geehrten Gesellschaft hin, die ergaben, dass man nur einen kleinen Theil dieser Erkrankungen auf das innere Ohr zu beziehen berechtigt ist. Eine grosse Verschiebung könnten auch die Zahlen durch den Umstand gewinnen, dass in einigen Berichten die Taubstummheit inbegriffen ist, während sie in anderen vollständig fehlt. Das in der Literatur vorliegende Material ist auch sonst in verschiedener Weise angeordnet; nur selten findet man genaue Angaben über Alter und Geschlecht der Patienten, sowie über die erkrankte Seite, und je nach dem speciellen Interesse des betreffenden Autors für die Erkrankungen des inneren Ohres ist auf eine mehr minder grosse Zahl von ätiologischen Momenten Rücksicht genommen.

Alle diese Umstände bedingen einerseits nicht unbedeutende Differenzen in den Daten und gewähren andererseits einen Einblick in die mühevolle Arbeit des Statistikers.

Der durchschnittliche Procentsatz für Erkrankungen des schallempfindenden Apparates beträgt:

Nach Habermann (Jahresberichte 1893/94 u. 1894/95) bei einer Zahl von 5051 Kranken 2,6 pCt.

„ Gruber (Protocolle von 1890 bis 15. Juni 1897) bei einer Zahl von 42736 Kranken 3,07 pCt.

„ Gottstein (Jahresberichte 1890/91 u. 1893/94) bei einer Zahl von 2726 Kranken 3,2 pCt.

„ Cozzolino (Jahresberichte 1887/88 u. 1888/89) bei einer Zahl von 543 Kranken 3,2 pCt.

„ Schwartze (Jahresberichte 1890/91—1894/95) bei einer Zahl von 10192 Kranken 3,25 pCt.

„ Bürkner (Jahresberichte 1889/90—1895/96) bei einer Zahl von 10086 Kranken 3,7 pCt.

Digitized by Google

Nach Lemcke (Jahresberichte 1891—1893) bei einer Zahl von 543 Kranken 4,9 pCt.
„ Gradenigo (Jahresberichte 1889—1895) bei einer Zahl von 4663 Kranken 6,5 pCt.
„ Bürkner (statistischer Bericht, X. internat. medic. Congress zu Berlin) bei einer Zahl von 100000 Kranken 6,6 pCt.
„ Siebenmann (Jahresbericht 1889) bei einer Zahl von 397 Kranken 10 pCt.
„ Bezold (Jahresberichte 1887—1889) bei einer Zahl von 4867 Kranken 12,6 pCt.

Dies ergiebt bei einer Gesammtsumme von 182799 Kranken einen Durchschnittsprocentsatz von 5,42 pCt. für Erkrankungen des inneren Ohres.

Bei Berücksichtigung aller A. zur Verfügung stehenden Daten beträgt das Verhältniss zwischen Männern und Weibern für diese Affectionen 70:30. Nach seinen eigenen Beobachtungen entfallen auf 63,71 pCt. männliche 36,29 pCt. weibliche Kranke.

Der Durchschnittsprocentsatz für Erwachsene (über 15 Jahre) erreicht 71,61 pCt. und für Kinder (unter 15 Jahren) 28,39 pCt.

Genauere Daten hat A. aus seiner eigenen Beobachtungszeit ermittelt.

1—5 Jahre . . .	14,13 pCt.	30—40 Jahre . . .	16,93 pCt.
5—10 „	7,13 „	40—50 „ . . .	10,37 „
10—15 „	7,13 „	50—60 „ . . .	10 „
15—20 „	12,06 „	60—70 „ u. darüb.	2,75 „
20—30 „	19,31 „		

Die Affectionen betreffen in 25,9 pCt. das linke, in 19,2 pCt. das rechte und in 54,9 pCt. beide Gehörorgane.

Folgende ätiologische Momente für Erkrankungen des schallempfindenden Organs führt Bürkner in seiner Statistik vom Jahre 1890 an.

23,3 pCt. nach unbekannten Hirnkrankheiten, 10 pCt. nach Traumen, je 7 pCt. nach Syphilis, Scharlach und Diphtherie, 5,3 pCt. nach Typhus, 4 pCt. nach Meningitis, je 2 pCt. nach Mumps, Salicyl- und Chiningebrauch, 1,5 pCt. ex professione, 0,7 pCt. nach Hydrocephalus, je 0,6 pCt. nach Apoplexie und Epilepsie, je 0,5 pCt nach Variola und Bildungsdefecten. Diese Statistik stammt aus einer Zeit, in welcher den ursächlichen Umständen für Erkrankungen des inneren Ohres noch nicht jene Aufmerksamkeit zu Theil wurde, wie sie erst in den letzten Jahren durch zahlreiche Arbeiten auf diesem Gebiete erweckt wurde, in welcher ferner die Untersuchungsmethoden für Affectionen dieser Art noch nicht so exacte und verbreitete waren, wie in der jüngsten Zeit; hierdurch ergeben sich grosse Differenzen gegenüber neueren Zusammenstellungen.

Nach den citirten Berichten (mit Ausnahme der Protocolle der Klinik Gruber) gestalten sich die Durchschnittsprocentsätze für die ursächlichen Erkrankungen folgendermaassen:

Unbekannte Ursache . .	42,6 pCt.	Syphilis	10 pCt.
Trauma	12 „	Scharlach	4,4 „
ex professione	10 „	Meningitis	3,4 „

Digitized by Google

Hysterie u. Neurasthenie	2,2	pCt.	Tabes	0,3	pCt.
Typhus	2,2	„	Alcohol	0,3	„
Basalfractur	2,2	„	Variola		
Masern	1,3	„	Tumor cerebri		
angeboren	1	„	multiple Sclerose		
Marasmus	1	„	Salicyl		
Influenza	1	„	Leukämie	je 0,18	„
Diphtherie	0,6	„	Pertussis		
Apoplexie	0,6	„	Icterus		
Chinin	0,6	„	Intoxication		
Anämie	0,6	„	Erysipel		
Nephritis	0,5	„	Blitzschlag		
Puerperium	0,5	„			

Diese aus Berechnungen verschiedener Autoren gewonnenen Daten können aus Gründen, die der Vortragende Eingangs hervorgehoben hat, doch nicht auf vollständige Verlässlichkeit Anspruch erheben, obgleich betont werden muss, dass bei dem grossen Material die einzelnen Fehlerquellen wesentlich abgeschwächt werden. Unter diesen Umständen ist es begreiflich, dass A. jene Daten am verlässlichsten erscheinen, welche er auf Grund der an der Klinik Gruber gemachten Beobachtungen und durch eigene Berechnungen aus den Protocollen bei einer Zahl von 42736 Kranken ermittelt hat. Nach diesen Berechnungen betragen die Durchschnittsprocente:

Unbekannte Ursache	30,3	pCt.	Diphtherie	1,7	pCt.
ex professione	14,8	„	Mumps	1,03	„
mit nicht eitrigen Mittelohrprocessen combinirt	8,9	„	combinirt mit Retino-Chorioiditis	1,03	„
Meningitis	7,2	„	mit Retinitis pigmentosa	0,58	„
angeboren	6,89	„	Alcohol		
erworbene Syphilis	5,4	„	Chinin		
Typhus	4,8	„	Salicyl		
eitrige Mittelohr-Affectionen	4,4	„	Nephritis		
hereditäre Syphilis	3,1	„	Variola	je 0,34	„
Cretinismus und Hydrocephalus	2,4	„	Erysipel		
Scharlach	2,06	„	multiple Sclerose		
Trauma	2,06	„	Basalfractur		
			Blitzschlag		

Zum Schlusse möchte A. nochmals darauf hinweisen, ohne sich in eine weitere Polemik einzulassen, dass in den Werken unserer namhaftesten Autoren statistische Angaben über die Erkrankungen des schallempfindenden Apparates nur wenig berücksichtigt sind und viele diesbezügliche, nur eingestreute Bemerkungen zweifellos auf unrichtigen Voraussetzungen beruhen.

Discussion:

Dr. Kaufmann fallen die hohen Procentsätze für die Erkrankungen des inneren Ohres ex professione auf, mit denen er sich vollständig einverstanden erklärt, da er dieses ursächliche Moment sehr häufig constatiren konnte.

Digitized by Google

Docent Pollak konnte gleichfalls als Krankenkassenarzt die grosse Häufigkeit der Berufserkrankungen des inneren Ohres feststellen, wobei ihm Bezold's continuirliche Stimmreihe gute Dienste erwies.

Alt glaubt, dass ein beträchtlicher Theil der Erkrankungen „aus unbekannter Ursache" auch in diese Categorie der Berufserkrankungen gehört, da wir nur bei gewissen Berufsarten an Affectionen ex professione denken, während noch viele andere Arbeiter ähnlichen Schädlichkeiten ausgesetzt sind.

12) Dr. D. Kaufmann: Ueber beiderseitige Missbildungen des Ohres mit Demonstration pathologisch-anatomischer und histologischer Präparate.

Nach den Zusammenstellungen von Steinbrügge, Mygind, E. Joel und Willy Meyer sind Beschreibungen pathologisch-anatomischer Befunde bei beiderseitiger Missbildung des Ohres sehr selten. Heusinger (Referat in Lincke's Handbuch der Ohrenheilkunde) und Toynbee (Diseases of the ear) haben ausführlich solche Fälle publicirt. Von älteren, nicht verlässlichen Befunden abgesehen, hat es sich gezeigt, dass bei lebensfähigen Individuen die Missbildung nur entweder das äussere oder mittlere Ohr oder beide diese Theile, jedoch nur selten das innere Ohr betroffen hat.

Herr Docent Dr. Haberda hatte die Freundlichkeit, mir die Gehörorgane einer 85jährigen Frau zu überlassen, welche im September 1896 plötzlich verstorben war. Die Obduction hatte ergeben: Compressio cerebri, Fissura ossis parietalis. Dilaceratio rami posterioris arteriae meningeae mediae dextrae. Haematoma epidurale.

Beide Gehörorgane zeigten sich in hohem Grade missgebildet, und zwar:

Rechtes Ohr: An Stelle der Ohrmuschel ein knorpelhaltiger, 5 cm langer, $1^1/_3$ cm breiter Hautwulst, welcher durch eine Furche von dem normal erscheinenden Lobulus getrennt ist. Meatus auditorius externus im knöchernen und knorpeligen Antheile, ferner das Trommelfell fehlen; ein Gehörknöchelchenrudiment, an welchem die Zusammensetzung aus Hammer und Amboss leicht ersichtlich ist, im oberen Trommelhöhlenraum erhalten, das Cavum tympani von Knochenbalken durchzogen, hochgradig verengt, Tube normal, M. tensor tympani in seinem Canale von normaler Gestalt. Nische der Fenestra ovalis verkleinert, von dünnen Bindegewebsmembranen durchzogen, zwischen diesen das Stapesköpfchen erkennbar, Crura stapedis und Musculus stapedius nicht sichtbar. Promontarialfläche stark abgeflacht, Nische zur Fenestra rotunda nicht erkennbar. Fossa jugularis stark vertieft.

Linkerseits: Ohrmuschel verkleinert, stark verbildet, nur Lobulus normal. Helix und Anthelix angedeutet. Aeusserer Gehörgang und Trommelfell fehlend, Gehörknöchelchenrudiment aus dem verwachsenen Hammer- und Ambosskörper im oberen Trommelhöhlenraum vorhanden. Cavum tympani von starken Knochenbalken durchzogen, sein Lumen stark verkleinert, Tube, M. tensor tympani normal; in der Nische der Fenestra ovalis Stapes erkennbar. Nische zur Fenestra rotunda normal.

Meatus auditorius internus mit Facialis und Acusticus beiderseits normal.

Digitized by Google

Die histologische Untersuchung (Fixirung in Formol, Müller, Entkalkung in 5proc. Salpetersäure, Schnittserie, Färbung mit Hämalaun-Eosin) ergiebt:

Beiderseits: Stapesplatte und Ligamentum orbiculare normal, Stapesschenkel verkleinert und verschmälert, von abnormer Krümmung. Nische des runden Fensters vertieft, Membrana tympani secundaria histologisch normal. Oeffnung des runden Fensters gegen die Paukenhöhle durch Knochenwucherung in der letzteren stark verkleinert.

Membranöses Labyrinth sowohl rechts als links in allen Theilen normal, histologische Zusammensetzung der drei Bogengänge normal, Ampullen, Utriculus und Sacculus zeigen cadaveröse Veränderungen, Nervenäste und Nervenendstellen deutlich erkennbar. Schnecke mit Modiolus und Scalen normal entwickelt, die Scalen stellenweise Gerinnsel enthaltend. In den Zellen im Ductus cochlearis cadaveröse Veränderungen, jedoch sind sämmtliche Gebilde, z. B. Reisner'sche Membran, Corti'sche Membran, Zellen des Corti'schen Organes an einzelnen Schnitten noch sehr gut erhalten, im Ganglion Scarpae und Ganglion Rosenthali Ganglienzellen von typischer Form.

In Bezug auf das Hörvermögen konnte ich durch Erkundigungen bei Angehörigen der Verstorbenen erfahren, dass die Frau gesprochen habe, wiewohl schwer verständlich, sie habe auf beiden Ohren in der Entfernung von etwa einem halben Meter gehört.

(Demonstration der Präparate, Zeichnungen und Schnitte.)

Ein zweites Präparat beiderseitiger Missbildung des Ohres verdanke ich der Güte des Herrn Prof. Weichselbaum, welcher mir das im hiesigen pathologisch-anatomischen Museum aufbewahrte Präparat zum Studium und Demonstration freundlichst überliess.

Es stammt von einem 29 Jahre alten Tischlergesellen, welcher im Jahre 1868 an Lungentuberculose verstorben war.

Die Muschel des linken Ohres klein, normal gebildet, nur dass der Tragus schwach, der Antitragus stark entwickelt ist und keine äussere Gehörgangsöffnung zwischen beiden, sondern nur eine seichte Grube besteht. Das Läppchen breit und in seiner vordern Seite ganz angewachsen.

Der obere Theil der Muschel des rechten Ohres bis auf einen unregelmässigen, im Ganzen rundlichen, über erbsengrossen, breit aufsitzenden, knorpelhaltigen Höcker fehlend, an dem sich nach unten ein 1″ langer, ¼″ breiter, kammartiger, in der Mitte seiner hintern Kante gekerbter, nach vorn umgeklappter, knorpelfreier Hautlappen anschliesst.

Unmittelbar vor dem oberen Kerbabschnitte findet sich an der Stelle der äusseren Gehörgangsöffnung eine halbmondförmige, ziemlich tiefe, längsgestellte Furche, unmittelbar vor dem Kerbschnitte ein hanfkorngrosses blindes Grübchen.

Die convexe Seite beider Muscheln durch fibröses Gewebe an die Wurzel des Jochfortsatzes angeheftet.

Rechts: Der äussere knöcherne und knorpelige Gehörgang das Trommelfell und Paukenhöhle fehlend; die sonst normale Tuba bis an die innere vordere Wand des Vorhofes reichend, von dessen Höhle sie nur durch eine Membran getrennt, die in der beinahe hanfkorngrossen Lücke ausgespannt ist.

Digitized by Google

Links: Eine ziemlich normale, aber kleinere Paukenhöhle, mit Gehörknöchelchen, sehr zartem Trommelfelle und einem etwas nach hinten und oben gerichteten, von knöchernen Wänden umschlossenen, dem knöchernen Antheile des Gehörganges entsprechenden, aber nur halb so weiten Gange; der knorpelige Gehörgang fehlend und sein Raum von Felsenbeinmasse erfüllt. Die Tuba normal.

Der innere Gehörgang, die Schnecke, der Vorhof mit den Bogengängen normal, nur sehr klein, besonders rechterseits.

Der Nervus acusticus normal.

Demonstration der Präparate und Zeichnungen. (Erscheint ausführlicher.)

Discussion:

Dr. Bing möchte den Umstand, dass die ehemalige Inhaberin der von Dr. Kaufmann demonstrirten Hörorgane nach den übereinstimmenden Angaben der Personen ihrer Umgebung entschieden Hörvermögen gehabt und auch, wenngleich unverständlich, gesprochen hat, als weiteren Beleg heranziehen für die Lehre der Perception des Schalles durch directe Knochenleitung[21]), im Gegensatze zur Annahme einer cranio-tympanalen Leitung (Hensen), bei welch' letzterer der Schall von den Kopfknochen aus nur durch Vermittlung des Paukenhöhlenapparates auf den Hörnerven übertragen werden soll. Hier waren äusserer und mittlerer Ohrtheil von der bedeutenden Missbildung betroffen, die Trommelhöhle, Hammer und Amboss nur rudimentär entwickelt, Steigbügel nicht zu sehen. Dagegen zeigte sich das Labyrinth auch histologisch in seinen Weichtheilen vollkommen ausgebildet und functionsfähig.

Was diese Frau im Leben an Schall vernommen, konnte ihr nur durch directe Fortleitung des Schalles vom Knochen auf den Labyrinth-Inhalt vermittelt werden.

Allerdings ermöglicht diese Art der Schallleitung in Form von Verdichtungs- und Verdünnungswellen kein besonders fein qualificirtes Hören, zumal für solche, welche nie früher auf anderem, aërotympanalen Wege hören und sprechen gelernt haben, worin auch die unverständliche Sprache dieser Person ihre natürliche Erklärung fände.

Es kann auch nicht daran gezweifelt werden, dass hier der Stimmgabelton vom Knochen aus wahrgenommen worden und der Rinne'sche Versuch entschieden negativ gewesen wäre. Und wenn schliesslich Hensen meint, es wäre noch unerforscht, inwieweit directe Knochenleitung wirklich Hörempfindung hervorruft, so kann auch der vorliegende Fall nach beiden Richtungen darthun, dass solche directe Knochenleitung wirklich Hörempfindung hervorruft, wie auch, dass es hierbei der Mitwirkung des Paukenhöhlenapparates gar nicht bedarf.

13) Dr. Victor Hammerschlag: Beitrag zur Lehre von der Function der Gehörsschnecke vom Standpunkte der Entwicklungsgeschichte.

Der Vortragende hat es sich zur Aufgabe gemacht, einige schon

[21]) Zur Lehre von der Kopfknochenleitung von Dr. Albert Bing. Wiener med. Blätter 1892, No. 31 und 32.

Digitized by Google

länger bekannte entwicklungsgeschichtliche Thatsachen, sowie einige selbst gemachte Beobachtungen für die Lehre von der Function der Schnecke zu verwerthen.

Seine Ausführungen knüpfen an zwei der wichtigsten Hypothesen an, nämlich die Lehre von Helmholtz, dass man im Labyrinth zwei quoad functionem verschiedene Oertlichkeiten unterscheiden müsse, von denen die eine — die Schnecke — zur Perception musikalischer Töne und Klänge, die andere — der Vorhof und die Ampullen — zur Perception der Geräusche diene, und die Lehre von Hensen, wonach die Fasern der Membrana basilaris die consonirenden Gebilde der Schnecke seien.

Endlich liegt den Ausführungen der bereits anerkannte und vielfach bestätigte Lehrsatz zu Grunde, dass die tiefen Töne an der Spitze der Schnecke, die hohen Töne an der Basis percipirt werden.

Nach einer kurzen historischen Uebersicht über die Entstehung dieser Lehrsätze geht der Vortragende zu seinem eigentlichen Thema über, wobei er Folgendes ausführt:

Die Schnecke der Wirbelthiere zeigt in einem gewissen Stadium der Entwicklung einen Schneckencanal, dessen Epithel eine nur wenig vorgeschrittene Differenzirung zeigt und der ringsum von mesodermalem Bindegewebe umgeben ist. Von einer Membrana basilaris und einer Membrana Reissneri kann man in diesem Stadium nicht sprechen.

Da nun diese Schnecke nach den Lehren der Descendenztheorie den bleibenden Zustand an irgend einer Stelle der Thierreihe repräsentirt, so muss man sich die Frage vorlegen, was diese Schnecke zu leisten im Stande war.

Da nun die zur Perception musikalischer Töne nothwendigen, consonirenden Gebilde, nämlich die Schneckensaiten, in diesem Stadium noch nicht vorhanden sind, so konnten nur solche Schallqualitäten percipirt werden, zu deren Perception blos eine relativ starke und regellose Erschütterung des gesammten Nervenepithels längs der ganzen Ausdehnung des Ductus cochlearis nothwendig war.

Einer derart characteristischen, regellosen Erschütterung entspricht aber nur die Vorstellung des Geräusches.

Wenn nun im Verlaufe der Entwicklung die Membrana basilaris sich zu einem Gebilde umgestaltet, von dem man in Folge seiner Anordnung annehmen muss, dass es zur Perception musikalischer Töne und Klänge diene, so folgt daraus keineswegs, dass die Schnecke die bereits erworbene Fähigkeit, Geräusche zu percipiren, wieder verlieren sollte.

Der Autor gelangt also zu dem Schlusse, zu dem seiner Zeit Exner auf einem andern Wege gelangt ist und formulirt denselben folgendermaassen: Die Empfindung des musikalischen Tones entsteht, wenn wenige Fasern der Membrana basilaris in Mitschwingungen gerathen; die Empfindung des Geräusches, wenn sämmtliche Fasern der Basalmembran aus ihrer Ruhelage gebracht werden.

Der zweite Theil des Vortrages befasst sich mit der Beobachtung des Autors, dass das Corti'sche Organ in den höher gelegenen Abschnitten der Schnecke einen höhern Zustand der Entwickelung repräsentirt, als in den basalen Abschnitten.

Digitized by Google

Der Vortragende stützt diese Beobachtung durch Daten und Tabellen über das Wachsthum der Corti'schen Pfeiler, woraus hervorgeht, dass von einem bestimmten Zeitpunkt an die Entwicklung des acustischen Endapparates in der Basalwindung sistirt, während sie gegen die Spitze der Schnecke hin noch weiter fortschreitet.

Es würden nach diesen Beobachtungen die der Kuppel der Schnecke näher gelegenen Abschnitte des Corti'schen Organs eine höhere und feinere Organisation darbieten.

Da aber diese Abschnitte es sind, die zur Perception der tiefen Töne dienen, so könne man weiter den Schluss ziehen, dass die allmähliche Verbreiterung des Hörfeldes gegen das untere Ende der Scala zu einen integrirenden Bestandtheil der allmählichen Vervollkommnung des Gehörorgans bilde, und dass die Perception der tiefen Töne einer feineren Leistung des Gehörorgans gleichkomme.

Falls diese letztgenannte Behauptung sich bewahrheitet, so würde aus ihr sich eine klinisch verwerthbare Folgerung ergeben.

Es müssten nämlich bei Affectionen des Hörnerven — nicht der Schnecke — zuerst diejenigen Fasern ausser Function gesetzt werden, denen die feinste Leistung obliegt, oder klinisch gesprochen, es müssten bei Acusticusaffectionen zuerst die tiefen Töne ausfallen.

Die klinische Erfahrung komme diesem, mit aller Reserve ausgesprochenen Satze zu Hilfe, denn der Vortragende fand einschlägige klinische Beobachtungen bei Politzer: Lehrbuch, 3. Aufl., S. 112, Rohrer und Gradenigo. Der letztgenannte Autor hat sogar auf den Ausfall der tiefen Töne als ein differential-diagnostisches Merkmal zwischen Acusticus und Labyrinthaffectionen bereits hingewiesen.

14) Docent Dr. Jos. Pollak demonstrirt die nach Bezold's Angaben im Edelmann'schen Institute in München hergestellte continuirliche Tonreihe. Er weist auf die grossen Vorzüge und die Unentbehrlichkeit derselben für genauere Differentialdiagnosen und zum Aufdecken von Tonlücken hin. Seine eigenen Untersuchungen bei Berufserkrankungen und Lues des Ohres haben vieles Interessante zu Tage gefördert. Wegen sehr vorgerückter Zeit behält sich der Redner vor, das Ergebniss seiner bisherigen Untersuchungen, mit Neuerem bereichert, am nächsten Otologentage mitzutheilen.

15) Docent Dr. B. Gomperz: Ueber Mittelohrenentzündungen im Säuglingsalter.

Der Vortragende findet, dass bis in die letzte Zeit die Ansicht v. Tröltsch's vorherrschte, eine directe Besichtigung des Trommelfelles bei Säuglingen sei wegen der Enge des Gehörganges, wegen der Horizontalstellung und dicken Epidermislage des Trommelfelles kaum möglich und bringt es damit in Zusammenhang, dass die Ausbildung der Diagnostik und Therapie der Säuglingsotitis mit den Erfahrungen über die pathologische Anatomie derselben nicht gleichen Schritt gehalten hat.

Anknüpfend an frühere Ausführungen[22]), in welchen Gomperz

---

[22]) Centralblatt f. Therapie 1894, 5, pag. 302.

Digitized by Google

betonte, dass die Diagnose der catarrhalischen und entzündlichen Processe der Paukenhöhle auch bei kleinen Säuglingen durch Untersuchung des Trommelfelles leicht zu stellen sei und dass sich da die Behandlung ganz leicht und mit denselben Erfolgen einleiten lasse, wie bei Erwachsenen, spricht G. über Pathologie und Therapie der Säuglingsotitis, insbesondere der ohne Otorrhoe verlaufenden Fälle und zieht hierbei die Erfahrungen heran, welche er als Leiter des Ambulatoriums für ohrenkranke Kinder im Institute des Prof. Kassowitz seit 1892 machen konnte.

Bezüglich der Aetiologie würdigt G. die grosse Bedeutung der Grippe für das kindliche Gehörorgan, auf welche Infectionskrankheit wohl der stärkste Procentsatz der Entzündungen des Ohres in diesem Alter zurückzuführen ist.

Bei der Grippe, wie bei den übrigen, aber viel selteneren Infectionskrankheiten, sowie allen die Widerstandsfähigkeit herabsetzenden Affectionen werden die stets vorhandenen Gelegenheiten zum Eindringen von Microorganismen in die Paukenhöhle gefährlich werden, das stete Vorhandensein derselben im Nasenrachenraum, das Husten, Niesen und Brechen der Säuglinge, bei welch' letzterem die Milch oft auch durch die Nase herausgeschleudert wird. G. macht auf die hier sehr wichtige anatomische Thatsache aufmerksam, dass das Ostium phar. tubae beim Säugling tiefer, unter dem Niveau des harten Gaumens steht. Ja beim blossen Schreien kann eine Luftbewegung aus dem Cavum pharyngo-nasale zum Trommelfell stattfinden. Vortr. sah während der Untersuchung heftig schreiender Säuglinge mit Otitis m. perf. bei jedem Schrei Eiter und Luftbläschen aus der Lücke vortreten.

Bei der Schilderung der Symptome, welche den Arzt auf den Verdacht der Otitis führen müssen, hebt Vortr. die Unruhe, die Verstimmung (Grantigsein) und die Appetitverminderung für leichte, das Wetzen mit dem Kopf, die Schlaflosigkeit, das Aufschreien, oder permanente Schreien, Erbrechen und das Bestehen von meist continuirlichem Eiter bei schweren Graden der Entzündung hervor. Bei schwächlichen Kindern ist oft die Gewichtsabnahme das hervorstechendste Symptom. Die schwersten Fälle können unter hohem Fieber mit 40° und darüber zur Benommenheit bis zur Bewusstlosigkeit, Zuckungen und Krämpfen führen, kurz zum Bilde beginnender Meningitis, das sich dann allerdings mit einem Schlage ändern kann, wenn Otorrhoe eintritt.

Oefters sind die Lymphdrüsen in der Umgebung des Ohres geschwollen und schmerzhaft und treten präauriculäre Oedeme auf. Ferner sah Gomperz bei Exsudatbildung in der Paukenhöhle auffallend vermehrtes Speicheln, das nach der Abheilung verschwand.

Die Behauptung, dass Mittelohrentzündungen manchmal gar keine Erscheinungen hervorrufen, lässt G. im Hinblick auf die mimosenhafte Empfindlichkeit der Säuglinge nicht gelten und bezieht sie auf mangelhafte Beobachtung Seitens der Mütter resp. Pflegerinnen.

G. wünscht, dass die geschilderten Symptome nur zur Untersuchung des Ohres anregen, der Diagnose aber vorwiegend der Befund am Trommelfell zu Grunde gelegt werden soll. Während der Unter-

Digitized by Google

suchung, die mit grosser Zartheit und Raschheit geschehen muss, ist es nothwendig, die Aufmerksamkeit der Kinder auf alle mögliche Weise abzulenken; G. hat beobachtet, dass sich das normale Trommelfell des Säuglings unter den Augen des Beobachters rosig färbt, wenn das Kind zu schreien beginnt, und er hält es für geboten, diese Thatsache bei der Verwerthung des Trommelfellbefundes zu berücksichtigen.

Die Lichtung der Trichter soll 2—3 mm betragen, doch kann man schon vom 3. Monat an oft weitere Specula einführen.

Cerumen und Epidermishäutchen lassen sich leicht mit Trichter oder Sonde an die Gehörgangswand andrücken oder mit der Pincette entfernen. Bei Vernixresten oder weichem Cerumen ist auszuspritzen, wonach allerdings nicht gleich untersucht werden soll. G. demonstrirt seine Spritzenansätze aus Hartgummi[23]), über welche sich auch die dünnsten Drains ziehen lassen, auf welche Weise der Wasserstrahl leicht bis zum Trommelfell dirigirt werden kann und die Gefahr einer Verletzung des Gehörganges ausgeschlossen ist.

Bei der Verwerthung des Spiegelbildes von Neugeborenen hat man mit dem immerhin eingeschränkten Gesichtsfeld zu rechnen; hier bekommt man meist die untere Trommelfellhälfte zuerst zu Gesicht und muss von da die oberen Theile verfolgen; die Membran ist normaliter zart, aber trüber als beim Erwachsenen; sie spiegelt zwar auch, doch ist der Lichtreflex nicht in seiner ganzen Länge zu sehen. Von der 6. Woche an ist das Trommelfell meist schon auch für den weniger Geübten leicht zu übersehen, von der 9. Woche an in seinem vollen Umfange. Man kann da schon alle Stadien der Hyperämie und Entzündung, der Oberflächendurchfeuchtung und Desquamation, Blasenbildung und circumscripte Vorwölbungen durch Exsudat, nach erfolgtem Durchbruch die Perforation, zitzenförmige Elevationen etc. etc. erkennen. Dem Trommelfell der Säuglinge eigenthümlich ist die leichte Vorwölbbarkeit der oberen Partie, wodurch es sehr leicht bei engen Gehörgängen zu Trugbildern kommen kann, dadurch, dass die halbkugelig vorgewölbte obere Trommelfellhälfte den engen Gehörgang abschliesst und für das ganze Trommelfell imponirt.

Bei der Besprechung der Therapie rühmt G. die prompte schmerzstillende und resorptionsbefördernde Wirkung von Tampons, welche mit Liqu. Burowi, Aqu. dest. āā getränkt, gut ausgedrückt und warm oder lau in den Gehörgang eingeführt und zweistündlich gewechselt werden. Einträufelungen mit den üblichen Borsäure- und Resorcinlösungen etc. etc. hat er oft mit gutem Erfolge verwendet, mit eclatant schmerzstillender Wirkung 1 proc. Mentholöl, am besten bewährten sich aber G. die erwähnten Tampons mit essigsaurer Thonerde nach Zaufal; nur hat er statt der Billroth'schen Mischung den officinellen Liquor Burowi gesetzt, der bleifrei ist und absolut nicht reizt. Diese Einlagen befördern in leichten Fällen die Aufsaugung des Secrets, in schweren den Durchbruch des Eiters. Ist viel Exsudat in der Pauke, so ist G. für sofortige Paracentese, welche Schmerzen und Fieber wie mit einem Schlage bannen kann und gerade in den schwersten Fällen

[23]) Bei H. Reiner, Wien.

Digitized by Google

die eclatantesten Erfolge aufweist. Sind die Entzündungserscheinungen so weit zurückgegangen, dass das Trommelfell blass, der kurze Fortsatz sichtbar ist, dann sollen Lufteintreibungen nicht unterlassen werden, da nur hiermit die Rückkehr eines intacten Hörvermögens gewährleistet werden kann. Nachdem Kinder in diesem Alter sich nicht zu schneuzen vermögen und G. sich scheut, bei schleimerfüllter Nase die Luftdouche zu geben, kam er auf folgende Methode: Vor der Luftdouche wird mit dem Ballon in die Nase geblasen, die andere Seite offen gelassen. Dabei fliegt oft der Schleim im Bogen heraus, seltener kommt er in den Rachen. Dann erst kommt unter Anwendung allerschwächsten Druckes das Politzer'sche Verfahren. Diese Methode des Schleimausblasens wirkt in vielen Fällen auch gegen die Coryza vorzüglich; die Kinder athmen danach freier und trinken leichter.

Bei sehr ruhigen Säuglingen gelingt die Luftdouche manchmal nicht, weil die Kinder nicht phoniren. Hier hilft sich G. damit, dass er dem Kinde von einer zweiten Person etwas Wasser in den Mund spritzen lässt und während des dadurch ausgelösten Schlingactes das Politzer'sche Verfahren ausführt. Schliesslich weist Vortragender auf die grosse Bedeutung der ungeschmälerten Nasenathmung für die Integrität des Mittelohrapparates hin; er hat schon bei ganz kleinen Säuglingen adenoide Vegetationen entfernt, wo Mittelohrentzündungen öfters recidivirten. Von grösster Wichtigkeit ist auch die Prophylaxe und ist besonders darauf zu sehen, dass mit Schnupfen behaftete Personen Kindern nicht nahe kommen.

Prof. Politzer spricht den Vortragenden, sowie den Mitgliedern und Gästen, die den Vorträgen bis zum Schlusse mit regem Interesse gefolgt sind, den besten Dank aus. Der zweite Otologentag hat, sagt P., die an das wissenschaftliche Programm geknüpften Erwartungen nach jeder Richtung hin erfüllt. In rascher Aufeinanderfolge wurden eine Reihe interessanter, zum Theil neuer Thatsachen aus allen Zweigen der Otologie vorgeführt, welche einen bleibenden wissenschaftlichen Werth für sich beanspruchen und ein ehrendes Zeugniss für die Leistungsfähigkeit der österr. otologischen Gesellschaft liefern.

So kann unsere Gesellschaft durch ihre wissenschaftliche Thätigkeit einen bescheidenen Antheil an dem allgemeinen Fortschritte der Ohrenheilkunde für sich in Anspruch nehmen und mit jener Zuversicht der Zukunft entgegensehen, welche ihr der bisherige Eifer und die wissenschaftliche Regsamkeit ihrer Mitglieder verbürgen.

Mit dem Wunsche, dass die Mitglieder, ausgerüstet mit neuen Errungenschaften, sich am nächsten Otologentage wieder einfinden mögen, erklärt der Vorsitzende den 2. Otologentag für geschlossen.

Prof. Gruber spricht im Namen der otolog. Gesellschaft dem Vorsitzenden und dem Secretär Dr. J. Pollak für ihre Mühewaltung im verflossenen Vereinsjahre den Dank aus.

Digitized by Google

Aus der Ohren- u. Halsklinik von Prof. N. v. Simanovsky in St. Petersburg.

Ueber die Anwendung des Parachlorphenols bei einigen Erkrankungen der oberen Luftwege.

Von

Dr. med. **A. Spengler.**

Vor mehr als zwei Jahren empfahl Professor Dr. N. v. Simanovsky[1]) das Parachlorphenol ($C_6 H_4 Cl OH$) als ein sehr gut wirkendes Mittel bei gewissen Krankheiten der oberen Luftwege. Bis jetzt hat jedoch dasselbe noch nicht denjenigen Platz in der laryngologischen Therapie eingenommen, welcher ihm, dank seiner heilenden Eigenschaften, mit Recht (unserer Meinung nach) gebührt.

Wenn einige Aerzte[2]) mit dem Parachlorphenol anscheinend keine günstigen Resultate erzielten, so erklärt sich das hauptsächlich durch die wahrscheinlich geringe Qualität der angewandten Präparate, da letztere in unreinem Zustande wohl freie Salzsäure enthalten und so die Gewebe reizen.

Die besten Präparate von Parachlorphenol erhielten wir aus der Fabrik von Heyden's Nachfolger in Radebeul bei Dresden.

In dieser kurzen Notiz möchten wir nun den Fachcollegen das Parachlorphenol auf's Neue in Erinnerung bringen und ihre Aufmerksamkeit auf dasselbe lenken, als auf ein Mittel, welches für unsere Specialität mehrere kostbare Eigenschaften besitzt.

Alle unsere Beobachtungen über die Anwendung dieses Medicaments sind in der Klinik unseres hochverehrten Lehrers Prof. Dr. N. v. Simanovsky's angestellt worden.

Das Parachlorphenol wandten wir hauptsächlich an bei tuberculösen Affectionen des Kehlkopfes, bei bösartigen, nicht operirbaren Neubildungen der oberen Luftwege, in Fällen von chronischem, hypertrophischem Catarrh der Nasenhöhle, bei syphilitischen Geschwüren und verschiedenen Infiltraten des Kehlkopfes.

Zu Pinselungen werden Lösungen des Parachlorphenols in Glycerin von $^1/_2$ pCt. bis zu 100 pCt. gebraucht; zur Pulverisation $^1/_4$ — $^1/_2$ proc. wässerige Lösungen. Es muss hierbei bemerkt werden, dass das Parachlorphenol, ebenso wie reines Phenol, in wässerigen Lösungen bei seiner Anwendung auf Schleimhäute Brennen hervorruft, weshalb man es in einer mehr als $^1/_2$ proc. wässerigen Lösung zur Pulverisation nicht anwenden darf. Bei Lösungen in Glycerin dagegen verursacht es entweder überhaupt gar kein Brennen, oder nur ein sehr schnell vorübergehendes, an dessen Stelle eine ziemlich lange währende Anästhesie tritt. — Bekanntlich besitzen viele Phenylverbindungen anästhesirende Eigenschaften, und in dieser Beziehung gebührt unter ihnen dem Parachlorphenol der erste Platz.

Alle Klagen, dass die Anwendung von Parachlorphenol in Glycerinlösungen Schmerz verursache, beruhen darauf, dass sich die Kranken zu diesem Mittel verschieden verhalten, denn während einige von An-

[1]) Wratsch 1894. Therapeutische Monatshefte 1894.
[2]) Schmurlo. Gazeta lekarska 1894.

Digitized by Google

fang an starke Lösungen (10—20 pCt.) sehr gut vertragen, vertragen andere blos 5 pCt. Man muss daher bei Anwendung des Parachlorphenols streng individualisiren und niemals gleich mit starken Lösungen anfangen: am besten beginnt man mit 5 pCt., und wenn diese Lösung gut vertragen wird, geht man, je nach dem Falle, zu 10 pCt. und noch stärkeren Lösungen über. — An Pinselungen mit Parachlorphenol gewöhnen sich selbst sehr empfindsame Kranke recht schnell, und uns ist es kein einziges Mal vorgekommen, dass wir von diesem Mittel abstehen mussten (wegen der Schmerzen bei seiner Anwendung). Vorhergehende Cocaïnisation war blos bei sehr ängstlichen Patienten nöthig, und das auch nur im Anfang der Behandlung, da sich nachher alle an's Parachlorphenol gewöhnten und auch ohne Cocaïn die Cur gut vertrugen. — Erbrechen auf Pinselungen mit Parachlorphenol, worauf in einigen Beobachtungen[3]) hingewiesen wurde, haben wir nie gesehen. Wenn solches vielleicht auch stattfindet, so hängt das wahrscheinlich von der Unreinheit des angewandten Präparates ab.

Die Pinselungen selbst machten wir entweder mit hygroscopischer Watte auf dem Watteträger oder mit einem Haarpinselchen, und zwar in Form von Einreibungen, wobei Acht darauf gegeben wurde, dass das Mittel auch auf alle erkrankten Stellen käme, was bei stark ausgebreiteten tuberculösen Processen des Kehlkopfes mitunter nicht leicht zu erreichen ist.

Ausser den anästhesirenden Eigenschaften besitzt das Parachlorphenol auch stark desinficirende, wie solches von Dr. Karpow[4]) bezüglich des Milzbrand- und von uns[5]) für den Tuberkelbacillus bewiesen ist. Während Sporen des Bac. anthracis von 5proc. Carbolsäurelösung im Laufe von 20 Tagen ihre Lebensfähigkeit nicht einbüssten, wurden sie von einer 2proc. wässerigen Parachlorphenollösung in zwei Stunden völlig getödtet.

Wirkt man mit letzterer auf Reinculturen von Tuberkelbacillen, so gehen diese in fünf Minuten vollständig zu Grunde. Dasselbe findet im Auswurfe Schwindsüchtiger statt, wo die Bacillen nach zwei Stunden ihre Virulenz verlieren.

Unter den Krankheitsformen, bei denen wir das Parachlorphenol local mit dem besten Erfolge anwandten, sind vor Allem tuberculöse Affectionen der oberen Luftwege zu erwähnen, da bei solchen sich dieses Medicament als besonders nützlich erwies. Tuberculöse Infiltrate, die weder der Wirkung von Milchsäure, noch der unserer anderen Mittel wichen, wurden durch Pinselungen und Einreibungen mit Parachlorphenol in Glycerinlösungen nach kurzer Zeit resorbirt. Begrenzte Infiltrate auf den Stimmbändern und in der Regio interarythaenoidea verschwanden bisweilen nach nur wenigen Pinselungen mit einer 5proc. Lösung.

---

[3]) Dritte Versammlung süddeutscher Laryngologen in Heidelberg. Internat. Centralblatt für Laryngologie 1897, No. 1.

[4]) Archives des sciences biologiques T. II.

[5]) Archives des sciences biologiques T. IV. — Diese Frage, sowie die Behandlung der Larynxphthise mit Parachlorphenol war auch das Thema unserer Inaugural-Dissertation.

Digitized by Google

In dieser Wirkung besteht eben der Wert und das Eigentümliche dieses Medicaments, da solche Eigenschaften keines von den uns bekannten Mitteln besitzt. Es verdient deshalb in dieser Beziehung die allerweiteste Anwendung in unserer Specialität.

Schwieriger unterliegen der Heilung diffuse, stark ausgebreitete Infiltrate, die viele Bezirke des Kehlkopfes einnehmen, besonders bei weit vorgeschrittener Lungentuberculose. In solchen Fällen hindern wahrscheinlich immer neue Infectionen des Kehlkopfes Seitens der Lungen die Heilung der Larynxphthise.

Auf tuberculöse Geschwüre wirkt das Parachlorphenol ebenso wie auf Infiltrate äusserst günstig, da Dank seiner die Ulcerationen sehr bald einen reinen Geschwürsgrund zeigen, weniger schmerzhaft werden und in günstigen Fällen vernarben. Perichondritis contraindicirt nicht seine Anwendung, man muss eben nur schwächere Lösungen nehmen (5 pCt. bis 10 pCt.) und sich Mühe geben, die angegebenen Stellen nicht zu traumatisiren, indem man die Pinselungen zart und vorsichtig macht. Unsere Patienten haben sämmtlich ohne Ausnahme leicht die Behandlung mit Parachlorphenol vertragen, da es ihnen bedeutende Erleichterung verschaffte. Auch nach dem Curettement von tuberculösen Infiltraten wandten wir das Parachlorphenol mit bestem Erfolg an: in 10—20proc. Lösungen irritirt es die Gewebe nicht, desinficirt vorzüglich die Wunde, anästhesirt sie und hat mithin einen grossen Vorzug in dieser Beziehung vor der Milchsäure, deren Anwendung in ähnlichen Fällen so schmerzhaft ist.

Bei bösartigen, unoperirbaren Neubildungen diente das Parachlorphenol uns als das beste Palliativmittel: ulcerirte Oberflächen reinigten sich von 10proc. Lösungen, Entzündungserscheinungen, die von secundärer Infection durch Eitermicroben abhingen, verschwanden, die Schmerzen vergingen, und der Kranke fühlte mitunter eine so bedeutende Erleichterung, dass er sich auf dem Wege zur völligen Genesung hielt. Eine solche Wirkung unseres Mittels müssen wir für eine äusserst kostbare halten, da die Aufgabe des Arztes in solchen Fällen blos darin besteht, so viel als möglich die Leiden der unglücklichen Kranken zu lindern, und hierin hat uns das Parachlorphenol kein einziges Mal getäuscht.

Als gutes locales Hilfsmittel bei specifischer Cur erwies sich das Parachlorphenol für gummöse Formen der Syphilis: die Ulcerationen zeigten unter seiner Anwendung bald einen reinen, klaren Geschwürsgrund und vernarbten, desgleichen wurden die Infiltrate in kurzer Zeit resorbirt.

Eine gleich günstige Wirkung übt unser Mittel auch auf Infiltrate nicht specifischen Characters aus. In Fällen von Hyperplasie der Gewebe, die von einem chronischen Entzündungsprocess abhängig war, wurden diese Infiltrate von Pinselungen mit Parachlorphenol schnell resorbirt und die afficirten Gewebe kehrten zum normalen Zustande zurück. Man ist in solchen Fällen nicht gezwungen, zu starken Lösungen seine Zuflucht zu nehmen, sondern kann sich mit 5—10proc. begnügen. Bei chronischen Schwellungen und nicht sehr starker Hypertrophie der Conchen schrumpften diese von Pinselungen mit schwachen Lösungen (1/2 pCt. bis 2 pCt.) unseres Mittels ein und verringerten sich auf

Digitized by Google

geraume Zeit im Umfang. Es kann deshalb das Parachlorphenol mit erheblichem Nutzen in gleicher Linie mit der Galvanocaustik bei hypertrophischem Catarrh der Nasenhöhle gebraucht werden.

Schliesslich erlauben wir uns auf Grund unserer Beobachtungen folgende Schlussfolgerungen über die Anwendung des von uns recommandirten Mittels zu machen:

1) das Parachlorphenol stellt ein stark desinficirendes und anästhesirendes Mittel dar;

2) in Glycerinlösungen reizt es durchaus nicht die Schleimhaut und wird, falls das Präparat nur rein ist, von den Kranken leicht vertragen;

3) die beste Form seiner Anwendung auf Schleimhäute sind Glycerinlösungen von verschiedener Concentration;

4) auf tuberculöse Affectionen der oberen Luftwege wirkt es in höchstem Grade günstig, in vielen Fällen heilend;

5) in gleicher Weise wirkt es auf Infiltrate überhaupt und auf verschiedene ulceröse Processe;

6) bei bösartigen, unoperirbaren Neubildungen dient das Parachlorphenol als gutes Palliativmittel;

7) bei seiner Anwendung muss man streng individualisiren, je nach der Sensibilität der Patienten.

II. Kritiken.

Moritz Schmidt: **Die Krankheiten der oberen Luftwege.** 2. Auflage. Julius Springer, Berlin 1897.

Mit dem Gefühl wahrer Befriedigung beschliesse ich die Lectüre des von 706 Textseiten der ersten Auflage auf 852 Seiten angewachsenen Buches. Den Zusatz „sehr vermehrt und verbessert" trägt diese 2. Auflage mit Recht. Das Mitgetheilte ist vielfach neu gruppirt, neue Gesichtspunkte sind gewonnen, neue Resultate der Wissenschaft eingefügt, neue Behandlungsmethoden berücksichtigt worden.

Der Referent, da er die erste Auflage an dieser Stelle nicht besprochen, freut sich, die rasch folgende 2. Auflage mit einigen ausführlicheren Worten über den allgemeinen Werth des Buches begleiten zu dürfen.

An Lehrbüchern ist in unserer Disciplin kein Mangel, die letzten Jahre haben mehr wie genug hervorgebracht. Sie wenden sich alle an „Aerzte und Studirende" und suchen bei möglichst scharfer Umgrenzung der speciellen Disciplin durch Besprechung der einzelnen Krankheitsbilder nach dem Kopiren im gebräuchlichen Schema der klinischen Abhandlungen unter mehr oder weniger gewissenhafter Berücksichtigung der Literatur ihre Leser zu belehren.

Das vorliegende Buch ist ein anderes. Nicht „Lehrbuch" nennt es der Verfasser, sondern „aus der Praxis für die Praxis" entstanden. Ich habe das Gefühl, als habe der Autor ein Facit langjähriger, vielseitiger Erfahrung ziehen, eine Art Rechenschaftsbericht vor sich selbst ablegen wollen. Haben doch in seinem Leben die gewaltigsten Umwälzungen auf medicinischem Gebiete stattgefunden und die An-

Digitized by Google

schauungen unserer Tage sind so ganz anders als die der Zeit, da er seine Thätigkeit aufnahm. Da ist es ein schönes Zeichen des Wahrheitsdranges und der jugendlichen Frische des Verfassers, wie er mitten im practischen Leben und ausgedehnter Thätigkeit die neuen Lehren sich angeeignet, seine Betrachtungsweise ihnen angepasst hat.

So hat das Buch einen persönlichen Character gewonnen. Das Unpersönliche eines Lehrbuchs, in dem die Verfasser oft absichtlich die eigene Meinung verstecken, um objectiv den augenblicklichen Stand des Wissens darzustellen, fällt weg und an seine Stelle tritt persönliche Erfahrung, die wissenschaftliche Errungenschaften mit der eigenen in der Praxis gewonnenen Ueberzeugung zu vereinigen strebt. Die liebenswürdige, milde Persönlichkeit des vielerfahrenen Arztes tritt uns auch in dem vielfachen Wirken entgegen, wie der Kranke psychologisch zu behandeln, wie seine kleinen Lebensgewohnheiten, auf die so viel ankommt, zu regeln seien. Im Vordergrund des ärztlichen Interesses soll der kranke Mensch, nicht die Krankheit stehen, und die kleinen Kunstgriffe therapeutischer und technischer Art beleuchten immer wieder das Bestreben, den Kranken bei aller Strenge „jucunde" zu behandeln.

In diesem Sinne hat das Buch auch einen erziehlichen Werth und kann dem Studirenden empfohlen werden, an den der Verfasser erst in zweiter Linie gedacht hat. Der angehende Arzt findet Rathschläge für ein collegiales Verhalten, das im Beginn der Praxis so manchmal — aus Unerfahrenheit, trotz besten Willens — folgenschwere Fehlgriffe begeht.

Die Besprechung der einzelnen Krankheiten durch das ganze Gebiet der oberen Luftwege im Zusammenhang wird dem practischen Arzt besonders lehrreich, da ihm der enge Zusammenhang dieser Erkrankungen, deren feinere Beziehungen ihm weniger vertraut zu sein pflegen, bewusst wird. Der Specialist wiederum findet den Zusammenhang mit den Allgemeinerkrankungen, den er so leicht aus den Augen verliert, vielfach von neuen Seiten beleuchtet, die Fernwirkungen durch manchen neuen Hinweis bereichert und — z. B. in Bezug auf die Chlorose, Erkältung, Abhärtung — so manches vergessene werthvolle Alte, das wieder neu geworden ist.

Mit besonderer Sorgfalt hat der Verfasser die modernen neurologischen Anschauungen berücksichtigt und die Reflexerscheinungen erfahren auf Grund der Neurosenlehre eine neue Behandlung.

Ganz umgestaltet sind in Folge der Errungenschaften der Serum- und Organsaft-Therapie die Kapitel über Diphtheritis und Morbus Basedowii in der zweiten Auflage. In ersterem steht Schmidt entschieden zur Serumtherapie, was dem in der ersten Auflage schon eingenommenen Standpunkt entspricht, der auf eine locale Behandlung geringes Gewicht legte. In der Geschichte der Serumtherapie betont der Verfasser als wichtigste Etappe besonders die Entdeckung der Antitoxine des Nïcins und Albins durch Ehrlich, deren practische Consequenzen Behring und Andere gezogen haben.

In der Frage des Morbus Basedowii neigt Schmidt zur Eulenburg-Kocher'schen Theorie der Entstehung durch Erkrankung des Nervensystems, offenbar weil sie ihm die Deutung der Fälle erleichtert,

Digitized by Google

in denen Besserung und Heilung durch Behandlung der Nase erzielt wurden; er theilt zwei eigene einschlägige Beobachtungen mit. Die schwierige Frage ist klar und übersichtlich dargestellt, aber doch konnte der Eindruck nicht erweckt werden, als ob es schon berechtigt sei, auf Grund so widersprechender und vieldeutiger Mittheilungen bestimmte therapeutische Grundsätze aufzustellen, wie z. B. die von Schmidt vorgeschlagene Behandlung des sogenannten secundären Basedow mit Thyreoidintabletten. — In Bezug auf die Behandlung des Kropfes möchte ich für die Jodoform-Aether-Olivenöl-Injectionen Mosetig die Priorität gewahrt wissen.

Wie in den letzterwähnten Kapiteln, so zeigt sich in dem ganzen Buche das unermüdliche Vorwärtsstreben des Autors, der nie zögert, Altgewohntes gegen Besseres einzutauschen. Die neuen Behandlungsmethoden finden auf Grund eigener Prüfung eingehende Berücksichtigung. So die Electrolyse, die Schmidt nach dem Vorgang Capart's besonders warm bei Ozaena empfiehlt, so die Anwendung der Trephine und electrischen Säge, um deren Einführung in die „alte Welt" Spiess und Schmidt sich besonders verdient gemacht haben. — Unverständlich ist mir die S. 16 erwähnte Anwendung einer „gebogenen Trephine" zur Eröffnung der Keilbeinhöhle. Zur Axe biegen kann man eine Trephine nicht, es ist vielleicht eine abgebogene Führung gemeint? —

Eine eigene noch nicht bekannte Untersuchung theilt die zweite Auflage in dem interessanten Experiment zum Pressverschluss der Stimmlippen mit. Bei cocainisirtem Kehlkopf konnte der Verfasser pressen, wenn er ein 5 mm weites Röhrchen zwischen die Taschenlippen so einführte, dass sich die Stimmlippen darunter schliessen konnten.

Besondere Sorgfalt hat Schmidt dem Stil der zweiten Auflage zugewendet. So ist durchgehends die neue anatomische Nomenclatur berücksichtigt. Das Bestreben, die Fremdwörter zu meiden, artet nicht aus und wird ergänzt von der Sorgsamkeit in Bezug auf die richtige Anwendung eingebürgerter Fremdwörter. Folgendes wäre in künftigen Auflagen noch auszumerzen: An vielen Stellen steht noch „subglottisch" statt des richtigen „hypoglottisch". Statt „innerer Ohröffnung" dürfte „innere Tubenöffnung", statt „Ohrnerven" (656) „Hörnerv", statt „Epidermisschicht (533) im Halse" „Epithelschicht" zu setzen sein. „Der untere Augenwinkel" (S. 339) ist wohl ebenso ein Druckfehler wie der auf S. 67, wo der verschluckte Bissen den Magen erst in einer Minute erreichen soll!

Es ist nicht richtig, dass die Möglichkeit des Emphysems beim Katheterisiren zuerst von Trautmann angegeben wurde, schon vor diesem ist Manchem das Unheil passirt. (S. 546.)

Dass die Kehlkopfknorpel im 40. Jahre zu verknöchern anfangen (S. 548), ist nach neueren Untersuchungen nicht mehr richtig. Es zeigen sich schon viel früher Spuren der Verknöcherung.

Bei der Besprechung der Recurrensfrage weist Schmidt die Wagner'sche, auch von anderer Seite bestätigte Ansicht zurück, dass der Anterior die Stimmlippe in die Mitte stelle. Ich glaube, Schmidt's Argument, dass bei der doppelseitigen Recurrenslähmung mit Kada-

Digitized by Google

verstellung bei Phonation Medianstellung eintreten müsse, wenn Wagner Recht habe, widerlegt diesen nicht, denn gerade die Kadaverstellung ist es ja, die Wagner durch Resection des Superior hervorruft. —

Verschönert ist das Werk in der neuen Auflage durch die farbige Ausführung der die Microorganismen darstellenden Tafeln.

Die Ausstattung ist vorzüglich. Sollte aber bei einer neuen Auflage der Umfang noch zunehmen, so wäre eine Theilung in zwei Bände der Handlichkdit sehr förderlich, die jetzt schon etwas unter der Dicke des Buches leidet.

Im Uebrigen ist zu wünschen, dass der Verfasser sich nicht verleiten lasse, durch allzu weitgehende Berücksichtigung der Literatur den oben gezeichneten Character seines Werkes zu beeinträchtigen. Das ihm Eigenste, Persönliche möge er dem schönen Buche erhalten und es nicht durch aufgepfropftes Fremde verdunkeln lassen. So nahe im Lauf der Zeit dem Verfasser die Versuchung liegt, sein durchschossenes Exemplar zu vermehren, so möge er es doch nicht zum „Lehrbuch“ werden lassen! K. Vohsen.

III. Referate.

a) Rhinologische:

Ein neuer Nasenöffner und Inspirator. Von Dr. L. Jankau. (Archiv f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, pag. 162)

Instrument, welches dazu dienen soll, die Nasenathmung in manchen Fällen, wie auch bei angeborner oder erworbener Ansaugung der Nasenflügel, frei zu machen; besteht ausgehöhltem Hartgummi, ist von conischer oder eiförmiger Gestalt, 1,25—1,5 cm Länge, $^3/_4$—1 cm breitestem Durchmesser und hat eine $^1/_2$ cm grosse Oeffnung an einer Spitze, eine zweite erbsengrosse an der Seite. Dieses Apparatchen kann leicht angelegt und ohne Beschwerden bei Tag und bei Nacht unbemerkt getragen werden. Es sorgt nicht durch das Abheben der Nasenflügel für freie Athmung, sondern es wird durch dasselbe ein künstlicher freier Athmungsweg am Eingange der Nase geschaffen, so dass bei Ansaugen der Nasenflügel allein sofort für vollkommen freie Athmung Sorge getragen ist und bei anderweitigen secundären Affectionen die günstige Wirkung desselben gleich zum Ausdruck kommt.

Beschorner.

Ueber einen Fall von Rhinitis caseosa. (Sur un cas de rhinite caséeuse.) Von Dr. Massei. (Arch. ital. di laringologia und Annales maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Bestand linkerseits bei einem 20jährigen Mädchen. Verf. betont, dass zur Diagnose der von Sabrazes beschriebene filamentöse Microb nöthig sei. Dr. P. K.

Digitized by Google

b) Pharyngo-laryngologische:

Zehn Fälle von Lähmung des Kehlkopfs aus chirurgischen Ursachen. (Dix cas de paralysie laryngée de cause chirurgicale.) Von Dr. P. Raugé. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1897, Bd. X, pag. 149.)

Diese zehn Fälle betrafen: 1) Aortenaneurysma. Vollständige Lähmung des linken Stimmbandes. 2) Oesophagus-Carcinom. Lähmung beider Stimmbänder, linkerseits mit permanenter Adductions-, rechterseits mit äusserster Abductions-Stellung. 3) Parenchymatöser Kropf. Lähmung des rechten Stimmbandes mit Medianstellung. 4) Parenchymatöser Kropf. Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes mit permanenter Adductions-Stellung. 5) Multiloculärer Cystenkropf. Vollständige Lähmung des linken Stimmbandes. 6) Cystenkropf. Vollständige Lähmung des linken Stimmbandes. 7) Cystenkropf. Vollständige Lähmung des rechten Stimmbandes. 8) Linkes Stimmband in Medianstellung. Syphilis. Wahrscheinlich Drüsenerkrankung. 9) Syphilis. Vollständige Lähmung des rechten Stimmbandes. Wahrscheinlich Drüsenerkrankung. 10) Scoliosis dorso-cervicalis. Vollständige Lähmung des linken Stimmbandes. Beschorner.

Bedeutung der Mandelentzündungen bei rheumatischem Fieber. (Importance des amygdalites dans la fièvre rheumatismale.)

Ein enger Zusammenhang ist nicht zu leugnen. Oft behauptet der betreffende Kranke, dass seine Krankheit durch Halsweh begonnen hat und dass die gewöhnlich dabei vorkommende Abgeschlagenheit der Glieder sich in die Gelenkschmerzen fortsetzte. Dr. P. K.

Behandlung des Sarcoms der Mandeln mit Arsenik. (Traitement arsenical du Sarcome des amygdales.) Von Dr. P. Heymann in Berlin. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1897, Bd. X, p. 126.)

Bei zwei unter fünf Fällen von Mandel-Sarcom hatte eine Behandlung mit Arsen ausgezeichneten Erfolg. H. fühlt sich verpflichtet, in den Fällen, in welchen eine totale Exstirpation unmöglich ist, die Arsenbehandlung zu versuchen. Beschorner.

Endocarditis mit Staphylococcen von den Mandeln ausgehend, auf den Valvulae sigmoides der Arteria pulmonaris sitzend. (Endocardite staphylococcique, d'origine amygdalienne, siégeant sur les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire.) Von Dr. Charrin. (Semaine médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 11.)

Ein 18jähriger, mit acutem Mandelbelag behafteter Mann wurde mit schwer gestörtem Allgemeinbefinden in's Spital gebracht. Er starb trotz aller Behandlung. Die Section ergab entartete Leber, Milz und Nieren, Endocarditis am Eingang der Arteria pulmonalis, bronchopneumonische Herde in den Lungen. Die bacteriologische Untersuchung des Mandelbelags hatte den Staphylococcus aureus ergeben; man fand denselben auch in den bronchopneumonischen Herden und im Herzen. Verf. schliesst auf eine Allgemeininfection, durch staphylococcische Mandelentzündung hervorgebracht. Dr. P. K.

Digitized by Google

Personalnachricht.

Unser ausgezeichneter College Herr Dr. Felix Semon in London wurde bei Gelegenheit des Regierungs Jubiläums der Königin Victoria zum Baronet ernannt.

Notizen.

† Hofrath Prof. Dr. **Max Josef Oertel** ist in München, 63 Jahre alt, am 17. Juli l. J., 1/2 11 Uhr Abends, nach 8tägiger Krankheit aus dem Leben geschieden. Ein später erscheinender ausführlicher Necrolog wird die hohen Verdienste dieses ausgezeichneten Arztes und Lehrers behandeln.

XII. Internationaler medicinischer Congress Moskau.

Die Moskauer Oto-Rhino-Laryngologische Gesellschaft hat für die Mitglieder der otologischen und rhino-laryngologischen Section des Congresses ein Auskunftsbureau errichtet. Dasselbe wird vom 1.—13. bezw. 7.—19. August im Aerzte-Club („Doktorsky Club", Bolschaya Dmitrowza) fungiren und den Herren Collegen nicht nur in Congress-, sondern auch in Privatangelegenheiten bereitwilligst dienen.

Frau Julia Ivanovna Basanova,
die hochherzige Gründerin der oto-laryngologischen Klinik in Moskau.

Die Herren Collegen, welche den internationalen medicinischen Congress in Moskau besuchen, werden Gelegenheit haben, daselbst die neue oto-laryngologische Klinik zu sehen, welche unter allen Kliniken der Welt, was ihre Ausstattung und Dotation anlangt, die hervorragendste Stelle einnehmen dürfte. Ihr Dasein verdankt diese Klinik der Hochherzigkeit einer Dame, welche in der Förderung wohlthätiger Zwecke und wissenschaftlicher Institute ihre Lebensaufgabe erblickt und auf diese Weise einen grossen Theil ihres Vermögens gemeinnützig verwendet. Diese Dame, Frau Julia Ivanovna Basanova, wurde 1849 in Irkutsk in Sibirien geboren. Ihr Vater Ladvansky stammte aus Littauen und war Offizier, die Mutter eine orthodoxe Kleinrussin. Sehr frühzeitig verwaist, wurde sie, neun Jahre alt, im Institut für adelige Fräulein in Irkutsk aufgenommen, welches sie als 16jähriges Fräulein nach Beendigung ihrer Studien verliess. Bald darauf verehelichte sie sich mit Peter Basanov, aus welcher Ehe eine Tochter stammt. Im Jahre 1879 starb Peter Basanov, aber erst nach dem Tode von dessen Vater erbte Frau Julia Basanova das Vermögen von mehreren Millionen, und von jetzt an beginnt ihr segensreiches Wirken.

1) Frau Basanova und deren Tochter Varvasa Petrovna Kelch erbauten ein Kinderspital in Irkutsk, zu dessen Unterhalt ihr Schwiegervater J. J. Basanow ein Capital deponirte;

2) Fr. B. und deren Tochter deponirten ein Capital zum Unterhalt der in Irkutsk von J. J. Basanow erbauten Findelanstalt;

3) errichtete Frau B. ein Haus für Aerztewohnungen an dem Civil-Hospital in Irkutsk;

Digitized by Google

4) 100 unbemittelte Studenten erhalten gratis Frühstück und Mittagessen während der ganzen Studienzeit;

5) gründete Frau B. über 100 Stipendien an verschiedenen Universitäten, Conservatorien, Gymnasien etc.;

6) zahlt sie alljährlich schon über zehn Jahre circa 12000 Rubel (circa 62000 Mk.) Studiengeld für unbemittelte Studenten an der Moskauer Universität;

7) stiftete Frau B. zwei Krankenbetten zur Erinnerung an ihre Eltern im Kaiser Alexander II.-Hospital für Militärärzte;

8) spendete sie 3000 Rubel als Fond zum Capital für unbemittelte Studenten Dorpats.

9) Frau B. ist ständiges Mitglied von sämmtlichen russischen humanitären Gesellschaften;

10) an kleineren Beiträgen für Schulen, Kirchen und arme Familien spendete Frau B. bis jetzt mehrere hunderttausend Rubel;

11) für die Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten spendete diese hochherzige Frau bis jetzt mehr als 800000 Rubel (1828000 Mk.). Davon sind 515000 Rubel zum Unterhalt der Klinik deponirt, die übrige Summe ist zum Ankauf des Grundstückes, zum Aufbau des Gebäudes und für die Einrichtung verwendet worden.

Die Klinik, sowie das Capital zur Erhaltung derselben wurde der Moskauer Universität als Geschenk gewidmet. In Folge dessen hielt es die Universität für angemessen, die hohen Verdienste der Spenderin zur Kenntniss der hohen Regierung zu bringen, worauf Kaiser Nicolaus II. bewilligte, dass der Klinik das Prädicat „Basanovische" Klinik beigefügt werde. Der Kaiser widmete der Spenderin sein Porträt mit eigenhändiger Unterschrift und bewilligte, dass die Büste der Frau Basanova in der Klinik aufgestellt werde, eine Auszeichnung, die bis jetzt keiner Privatfrau bei Lebzeiten zu Theil wurde.

Im April d. J. widmete Frau B. neuerdings 15000 Rubel für die Herausgabe der von Prof. Morakowetz redigirten Abhandlungen der neugegründeten „Physiologischen Gesellschaft" in Moskau.

Wer zur Förderung wissenschaftlicher Bestrebungen, wer zur Linderung menschlichen Leids so viel beigetragen, wie Frau Julie Basanova, verdient wohl die Anerkennung der weitesten Kreise, und so haben auch wir es für unsere Pflicht gehalten, ihrer hohen Verdienste hier zu gedenken.

Das verspätete Erscheinen dieses Hefts

mögen die geschätzten Leser freundlichst entschuldigen! In Folge grosser Ueberschwemmungen war jede Verständigung zwischen dem z. Z. in Aussee weilenden Herausgeber dieser Zeitschrift mit der Verlagshandlung leider völlig ausgeschlossen.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. M. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Gauglofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Prof. Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. Berlin, August 1897. No. 8.

I. Originalien.

Zur Muschelfrage.

Von

Prof. **E. Zuckerkandl.**

Die Anatomie der Nasenmuscheln ist in den letzten Jahren von mehreren Autoren — O. Seydel[1]), Killian[2]) und meiner Person[3]) — behandelt worden. Wenn nun auch diese Untersuchungen in vielen Punkten zu übereinstimmenden Ergebnissen geführt haben, so sind hin-

[1]) Ueber die Nasenhöhle der höheren Säugethiere und des Menschen. Morphol. Jahrb., Leipzig 1891.

[2]) Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen. Arch. f. Laryng., Band 3 und 4.

[3]) a. Die Siebbeinmuscheln des Menschen. Anat. Anz. 1892, No. 1. — b. Die Entwicklung des Siebbeines, ibid. 1892. — c. Normale und pathol. Anatomie der Nasenhöhle. Band I, 2. Auflage. Wien 1893.

Digitized by Google

sichtlich anderer Punkte Verschiedenheiten in der Auffassung zu Tage getreten. Da zwischen Killian's und meinen Angaben namentlich in Bezug auf das Muschelschema eine Divergenz besteht, habe ich mich entschlossen, die Muschelfrage nochmals aufzugreifen.

Um nun den Leser in den Stand zu setzen, dem in Rede stehenden Gegenstand leicht folgen zu können, werde ich zunächst Killian's sowie meine eigenen Angaben citiren. Der Vorgang, dass ich die Resultate meiner früheren Untersuchungen jenen Killian's voranstelle, geschieht nicht so sehr, um dem geschichtlichen Momente des Gegenstandes Rechnung zu tragen, als vielmehr, um die Ausführungen Killian's, die theilweise polemischer Natur sind und, meinen Behauptungen vorangestellt, aus diesem Grunde nicht immer verständlich wären, zu beleuchten.

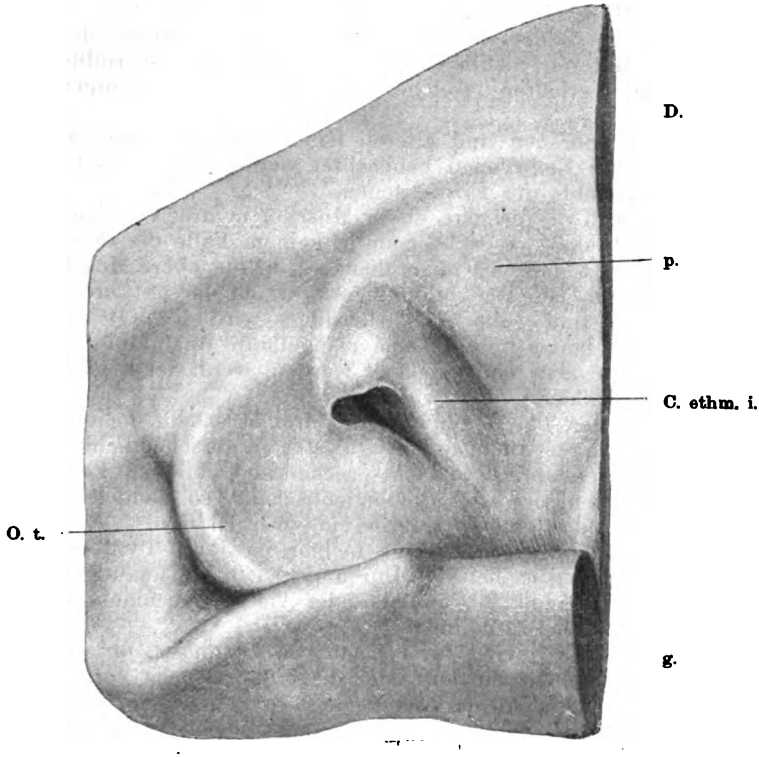
Ich habe seiner Zeit an Embryonen, Kindern und Erwachsenen die Muscheln untersucht und folgende Resultate erhalten: An dem jüngsten menschlichen Embryo, den ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, und der aus dem zweiten Fötalmonate stammte, springt die Anlage des Siebbeines als einfacher Wulst gegen die Nasenhöhle vor und zeigt noch keine Spur der späteren Faltung. An einem 27 mm langen menschlichen Embryo bildet die Siebbeinanlage wohl auch noch einen in die Nasenhöhle vorspringenden Wulst, aber die Muschelfläche des Ethmoideum zeigt bereits eine kurze sagittal verlaufende Furche. Es ist demnach das Siebbein in zwei Muscheln getheilt, von welchen die untere der Concha ethmoidalis inferior entspricht.

[An einem jüngst acquirirten 25 mm langen menschlichen Embryo findet sich beiderseits eine kurze breite Spalte als Begrenzung der Anlage des Muschelbeines und der Siebbeinanlage. Die Spalte setzt sich vorwiegend in aufsteigender Richtung in eine tiefe Bucht fort. Die der Nasenhöhle zugewendete Fläche der Siebbeinanlage zeigt jederseits eine gleichfalls kurze, dabei aber seichte und leicht nach oben convexe Rinne, durch welche zwei Wülste des Siebbeins von einander geschieden werden. Der untere Wulst (Concha ethmoidalis inferior) ist in allen Zonen gleich breit, der obere Wulst dagegen hinten viel breiter als vorn (siehe die nebenstehende nach einem Modell angefertigte Fig. 1).]

An einem 74 mm langen Embryo hat sich an der oberen Muschel, knapp über ihrem freien Rande, eine kurze Rinne etablirt. Hier liegen drei Siebmuscheln vor (eine untere, eine mittlere und eine obere), welche durch zwei Siebbeinspalten voneinander geschieden sind. Für die Mehrzahl der Fälle erschöpft sich mit diesen drei Muscheln die Faltung des Siebbeins. In einzelnen Fällen dagegen tritt an der oberen Muschel abermals eine Furche auf, so dass nun vier Muscheln und drei Fissurae ethmoidales vorliegen. In der primären oberen Muschel ist demnach auch noch die Anlage einer vierten Siebbeinmuschel enthalten, die sich aber nur mehr ausnahmsweise emancipirt. Nach Allem ist, sobald die erste Siebbeinspalte auftritt, nur die untere Siebbeinmuschel definitiv begrenzt, während die nach oben gelegene Muschel die Elemente von drei Muscheln (der mittleren, oberen und obersten) in sich birgt. Aus diesem Grunde habe ich den oberen Muschelwulst des embryonalen Siebbeins als primäre obere Nasenmuschel bezeichnet.

Digitized by Google

Ich habe demnach aus der Beobachtung der embryonalen Nasenhöhle den Schluss gezogen, dass die Siebbeinmuscheln durch das Auftreten von oberflächlich eingreifenden Rinnen entstehen und an mehreren Stellen in meinen Schriften auf diese Art der Muschelentwicklung hingewiesen, so z. B. in der sub 3a citirten Schrift, pag. 14 und 15: Anfänglich oberflächlich gelagert, tritt später in vielen Fällen die C. media von der Oberfläche zurück; sie sinkt zwischen den nachbarlichen



Figur 1.
Rechte Nasenhöhle eines 25 mm langen menschlichen Embryos.
g. Gaumenfortsatz D. Nasendach g. O. t. Anlage des Os turbinatum. C. ethm. i. Untere Siebbeinmuschel. p Primäre obere Siebbeinmuschel.

Muscheln gegen den Hintergrund der Fiss. ethm. inf. zurück, für welches Verhalten zwei Momente in Betracht kommen: a. die betreffende Muschel bleibt im Wachsthum zurück oder stellt dasselbe ganz ein; b. die obere Muschel wächst deckelartig über die mittlere herab. Da überdies auf pag. 19 ein Abschnitt mit den Worten anfängt: „Spaltet sich die primäre obere Muschel nach Abgabe der Concha ethm. media nochmals (nämlich in eine dritte und vierte Muschel)“, so ist wohl deutlich genug ausgedrückt, daß ich nicht daran gedacht habe, die

Digitized by Google

mittlere Siebbeinmuschel aus einer Siebbeinspalte heraus entwickeln zu lassen.

Von den drei typischen Siebbeinmuscheln variirt die mittlere am häufigsten, und dies ist begreiflich, da ihr leistenartiger Antheil nicht als Träger von Riechnerven fungirt. Schon bei Embryonen lässt sich beobachten, dass die anfänglich oberflächlich gelagerte Concha ethmoidalis media sich zurückbildet. Häufig sinkt die vordere Hälfte der Muschel, seltener das ganze Gebilde zwischen den beiden angrenzenden Muscheln in die Tiefe der Fissura ethmoidalis inf., und in extremen Fällen bildet sie nur mehr eine zarte Leiste an der lateralen Wand der unteren Siebbeinspalte. Die Muschel ist rudimentär geworden, ein Verhalten, welches den Anatomen entgangen zu sein scheint.

Bei Neugeborenen und älteren Kindern kehren alle jene Formen wieder, die bei Embryonen beobachtet werden, und das Gleiche gilt für die Nasenhöhle der Erwachsenen.

Spaltet sich die primäre obere Muschel in drei Conchae (C. med., sup. und suprema), so sieht man in keinem Falle die obere Muschel von Seite der C. suprema operculisirt, d. h. die obere Muschel erfährt nicht eine Form von Rückbildung, wie sie an der mittleren Siebbeinmuschel gang und gäbe ist. Allerdings wird pag. 19 der sub 3a citirten Schrift bemerkt: „An eine mangelhafte Ausbildung der Concha superior könnte aber dann gedacht werden, wenn der Fiss. ethmoidalis die obere Grenzkante fehlt."

„Ist dagegen bei Gegenwart von drei Muscheln die obere kräftig gebildet, so repräsentirt sie mit grösster Wahrscheinlichkeit ein der oberen und obersten Muschel entsprechendes Gebilde." Ferner ibidem pag. 22: „Finden sich vier Siebbeinmuscheln, so handelt es sich um eine Spaltung der oberen Muschel in zwei Hälften." Endlich citire ich auch noch die erste Auflage meiner im Jahre 1882 erschienenen Nasenanatomie, wo es heisst: „Durch nochmalige Theilung der oberen Nasenmuschel kommt die oberste oder vierte Nasenmuschel und ein oberster Nasengang zu Stande."[4])

Dass es Fälle giebt, in welchen die Diagnose, ob in einer bestimmten Muschel die mittlere oder die obere Concha vorliegt, schwer fällt, habe ich an mehreren Stellen hervorgehoben. So war es in zwei Fällen mit je drei Siebbeinmuscheln nicht leicht zu entscheiden, ob die mittlere oder die obere Muschel (vierte) fehlte. Zuweilen löst die Besichtigung der unteren Siebbeinspalte die Zweifel, und zwar dann, wenn sich in derselben das Rudiment der mittleren Muschel findet. Es ist aber auch wahrscheinlich, dass die mittlere Siebbeinmuschel sich ganz zurückbildet, während die vierte (dritte der Reihe) sich entfaltet und demnach die Combination: untere, obere, oberste Muschel vorliegt. Sind drei Muscheln vorhanden, so liegt wahrscheinlich die Combination

untere
mittlere } Siebbeinmuschel,
obere

[4]) Im Sinne der alten Nomenclatur.

Digitized by Google

viel seltener die Combination

untere
obere
oberste } Siebbeinmuschel

vor (pag. 214 der sub 3a citirten Schrift).

Eine andere Stelle[5]) lautet: „Bei der Beurtheilung eines Falles mit drei manifesten Muscheln ist eine richtige Classification der einzelnen Muscheln nur dann möglich, wenn die Fissura ethmoidalis inferior nicht das Rudiment einer mittleren Muschel enthält. Findet sich dieses nicht, so kann mit einiger Wahrscheinlichkeit die Diagnose darauf gestellt werden, dass es sich um einen Fall mit unterer, mittlerer und oberster Muschel handelt. Ganz sicher ist die Diagnose nicht, denn es kann sich die mittlere Muschel spurlos rückgebildet haben. Diesfalls würde selbstverständlich die zweite Muschel der Reihe der dritten entsprechen.

An einigen meiner Präparate sind die Verhältnisse derart gestaltet, dass eine Entscheidung über die Classification einzelner Muscheln überhaupt nicht getroffen werden konnte; solchen Objecten bin ich auch unter meinen neuen Präparaten begegnet.

Einzelne meiner Beschreibungen und Angaben sind nicht glücklich gefasst, so z. B. die Angabe, dass die oberste Muschel bald als dritte bald als vierte bezeichnet wird[6]); auch manche, das erste Auftreten der dritten und vierten Siebbeinmuschel betreffende Bemerkungen haben, wie ich sehe, zu Missverständnissen Anlass geboten; ferner ist auf Seite 70 der Anatomie eine falsche Angabe über die Fiss. ethm. sup. enthalten. In meiner Hauptschrift (Die Siebbeinmuscheln des Menschen) sind jedoch klar und deutlich meine Anschauungen niedergelegt.

Ich will im Uebrigen doch auch versuchen zu erklären, wie es kam, dass z. B. an einer Stelle die Entwicklung der vierten Siebbeinmuschel so dargestellt wird, als wüchse dieselbe zwischen der mittleren und oberen Muschel heraus. Betrachtet man am embryonalen Siebbein das Auftreten der Muscheln, so zeigt sich, dass zunächst die untere Siebbeinmuschel in der Fiss. ethm. inf. eine Begrenzung findet. Oberhalb dieser Furche liegt die primäre obere Siebbeinmuschel, welche bis an die Lamina cribrosa und den Keilbeinkörper reicht. Beim Auftreten von drei Muscheln spaltet sich der freie Randtheil der primären oberen Muschel als Concha ethm. media ab. Entwickeln sich vier Siebbeinmuscheln, so wiederholt sich die Abspaltung eines Randtheiles der oberen Muschel nochmals. Es werden demnach von der primären oberen Muschel die anderen der Reihe nach abgespalten. Diese Abspaltungsproducte treten neu in Erscheinung, während der an die Lamina cribrosa angeschlossene Theil der oberen Muschel unverändert geblieben ist. Das Novum beobachtet man nicht oberhalb der höchst gelegenen Muschel in der Reihe, sondern zwischen dieser Muschel und der nächst unteren. Daher kommt es, dass ich z. B. sage: von den drei Muscheln trete die mittlere am spätesten auf.

---

[5]) Anatomie der Nasenhöhle, pag. 68.
[6]) Anatomie der Nasenhöhle,

Digitized by Google

Ich gehe nun zu den Ausführungen Killian's über. Dieser Autor fand in der Nasenhöhle eines 9—10monatlichen menschlichen Embryos am Siebbein sechs Hauptfurchen. Als erste Hauptfurche (S^1) bezeichnet Killian die Rinne zwischen Nasoturbinale (seiner ersten Hauptmuschel C^1) und der unteren Siebbeinmuschel (Killian's C^2). Die sechste Hauptfurche repräsentirt sich als Grenzrinne zwischen Siebbein und Keilbeinkörper.

Die Hauptfurchen verlaufen nicht einfach von vorne nach hinten; es fällt namentlich an den unteren zwei Siebbeinspalten eine knieförmige Biegung auf. Killian unterscheidet aus diesem Grunde an ihnen einen Ramus ascendens, der von der Biegung gegen die Siebplatte aufsteigt und einen Ramus descendens, der von der gleichen Stelle ausgehend gegen den Keilbeinwinkel nach hinten unten absteigt. Die fünfte und sechste Hauptfurche sind nicht mehr knieförmig gebogen, Killian schliesst jedoch aus seinen Befunden, dass ursprünglich alle Furchen einen aufsteigenden Ast besessen haben. Der geschilderte Verlauf der Hauptfurchen hat zur Folge, dass auch die Hauptmuscheln einen aufsteigenden und einen absteigenden Schenkel besitzen. Die aufsteigenden Muschelstücke verschmelzen, wenige Fälle ausgenommen, untereinander, und damit verschwinden die aufsteigenden Furchenäste.

Es handelt sich hier um „einen secundären Verschluss ursprünglich vorhandener tiefer Furchen".

Neben den Hauptmuscheln giebt es auch Nebenmuscheln, eine Bezeichnung, die von Seydel in Bezug auf die menschliche Nasenhöhle für die Bulla ethmoidalis und für einen gelegentlich in der unteren Siebbeinspalte vorkommenden leistenartigen Vorsprung eingeführt wurde. Seydel beschreibt die Nebenmuscheln in nachstehender Weise: „Bei menschlichen Embryonen fand ich einige Male in dem Spalt zwischen der mittleren und oberen Muschel, also an der Stelle, wo bei den Halbaffen die zweite Nebenmuschel liegt, eine niedrige, leistenförmige Erhebung der seitlichen Nasenwand. Dasselbe sah ich einmal beim Erwachsenen; zu beiden Seiten der Leiste lagen Oeffnungen von Siebbeinzellen. Ich möchte diese Bildung als Rest der Nebenmuschel deuten."

Killian bespricht ausführlich die Anatomie der Nebenmuscheln des embryonalen Siebbeines. Die zweite Nebenmuschel, welche allein für die Muschelfrage in Betracht kommt, wird an mehreren Stellen erwähnt. So heisst es pag. 33: „Sie besitzt wegen ihrer walzenförmigen Gestalt eine grosse Aehnlichkeit mit .... der Bulla ethmoidalis. Bei dem $5^1/_2$ monatlichen Embryo der Figur 16 ist sie 4—5 mm lang, 3 mm breit, zieht wie die benachbarten absteigenden Muschelschenkel schräg von vorn oben nach hinten unten und bleibt sowohl von der Keilbeingegend als auch von der Lamina cribrosa um ein gutes Stück entfernt. Ihr oberes Ende liegt im Anfangstheil des Recessus ascendens 2." Tafel II, Figur 39 hat Killian die Nebenmuschel eines 4monatlichen menschlichen Fötus und Tafel III, Figur 48b die eines 6monatlichen Embryos abgebildet.

Eine andere Stelle (pag. 20 u. 21) lautet: Die Nebenmuschel hat „bei manchen Präparaten im Knorpelstadium Muschelcharacter ... Bei den meisten Präparaten findet man den Raum zwischen Seitenlamelle und dem eingerollten Theile der fraglichen Nebenmuschel mit Knorpel-

Digitized by Google

gewebe ausgefüllt; oft ist die Muschel auch mit der dritten Basallamelle in breitester knorpeliger Verbindung."

Da die zweite Nebenmuschel des Menschen in späterer Zeit ein anderes Aussehen als im embryonalen Zustande darbietet, so ist zu bedauern, dass keine Beschreibung und Abbildung der ausgebildeten zweiten Nebenmuschel vorliegt. Aus diesem Grunde fällt es nicht leicht, sich darüber zu orientiren, was Killian Cellula inferior und superior der unteren Siebbeinspalte nennt.

Wie schon bemerkt, geht Killian von der Voraussetzung aus, dass jede Nase ursprünglich einschliesslich des Nasoturbinale sechs Hauptmuscheln, demnach eine Muschel mehr als bisher angenommen wurde, besitzt. Von den Furchen schliessen sich die aufsteigenden Aeste fast regelmässig, und auch von den absteigenden Aesten der Siebbeinspalten kann sich jeder einzelne spurlos zurückbilden; für den fünften und sechsten Furchenast gehört dies sogar zur Regel. Es können aber auch mehrere Hauptfurchen gleichzeitig geschwunden sein.

Killian erwägt die Muschel-Combinationen, die an einem Siebbein mit drei Siebbeinspalten, von welchen eine bezw. zwei sich zurückgebildet haben, möglich sind. Man findet dann folgende sechs Combinationen:

	untere Furche	mittlere Furche	obere Furche
1)	fehlt	vorhanden	vorhanden
2)	fehlt	fehlt	vorhanden
3)	fehlt	vorhanden	fehlt
4)	vorhanden	vorhanden	fehlt
5)	vorhanden	fehlt	vorhanden
6)	vorhanden	fehlt	fehlt

Die Combination 2 wurde nicht beobachtet, Combination 1, 3 und 5 sind selten, Combination 4 und 6 häufig, versteht sich auf die Muscheln bezogen, dass in der Regel entweder eine untere, mittlere und obere Muschel oder blos eine untere und eine obere Muschel sich finden, welch letztere drei bezw. vier Muschelelemente enthält.

Hinsichtlich der Fälle mit starken und unregelmäßigen Rückbildungsvorgängen findet man, dass am häufigsten die mittlere Siebbeinmuschel im Wachsthum zurückbleibt. Die Fissura ethmoidalis inferior klafft diesfalls. Der aufsteigende Schenkel der mittleren Siebbeinmuschel betheiligt sich nicht wesentlich an der Reduction. Die Nebenmuschel der genannten Fissur kann zur Complication beitragen, sofern sie sich gegen die rudimentäre mittlere Muschel deutlich absetzt.[7]) Bei hochgradiger Rückbildung der Concha ethmoidalis media ist von derselben nicht mehr viel zu sehen; sie kann sogar gänzlich schwinden.

An den höher gelegenen Muscheln kommt ein Zurückbleiben im Wachsthum der hinteren Muschelantheile oft vor; „dabei treten jedoch so complicirte Verhältnisse nicht ein. Nur wenn mehrere nebeneinander zurückgeblieben sind, während ihre aufsteigenden Schenkel sich normal

[7]) Man sollte wohl meinen, dass die Nebenmuschel nur dann zur Complication beiträgt, wenn sie sich nicht deutlich gegen die rudimentäre mittlere Muschel absetzt.

Digitized by Google

weiter entwickelten, kann die Siebbeingegend ein eigenthümliches Aussehen erhalten."

Gegen mich meint Killian unter Anderem, dass ich durch die Vorgänge im Bereiche der dritten Hauptmuschel (C. ethm. media) zu irrigen Schlussfolgerungen geführt wurde. Ich soll die rückgebildeten Fälle für normale und typische gehalten haben und mit der Behauptung, die Muschel wachse erst später zwischen der oberen und unteren heraus, desgleichen die vierte Muschel zwischen der mittleren und der oberen, nicht das Richtige getroffen haben. Gegen diese Behauptung ist anzuführen, dass ich rückgebildete Fälle nicht für normale gehalten habe. Nachdem ich wohl als Erster die Rückbildungsprocesse an der mittleren Muschel beschrieben habe, dürfte mir dieses Organ einigermaassen bekannt sein, und wenn man sagt: die Variation (d. C. media) setzt damit ein, dass diese Muschel mit den nachbarlichen nicht mehr in einer Ebene liegt, so ist wohl deutlich genug hervorgehoben, dass eine normale mittlere Muschel im Niveau der anderen zu liegen hat. Im Uebrigen ist es, vom diagnostischen Standpunkte aus betrachtet, ganz gleichgiltig, ob die Muschel gross oder klein, rudimentär oder voll ausgebildet ist.

Was ferner meine Ansicht über die Muschelentwicklung anlangt, welche Killian für falsch hält, so verweise ich auf die vorher gegebenen Auszüge meiner Schriften.

Killian meint ferner, dass ich einige meiner Fälle anders aufgefasst haben würde, wenn ich die Nebenmuschel im Bereiche der Fissura ethmoidalis inferior als solche erkannt hätte. „Wenn die F. ethm. inf. eng geschlossen ist oder nur mässig klafft und es steckt eine muschelartige Bildung in ihr, so ist es eben jene Nebenmuschel und keine mittlere Siebbeinmuschel. Klafft die Fissur dagegen verhältnissmässig weit, so kann die Nebenmuschel frei zu Tage liegen. Ist sie mitsammt dem Crus descendens 3 stark zurückgebildet, so bleibt von beiden nur ein leistenförmiges Rudiment. Aber auch dieses kann fehlen." Ich habe auf diese Behauptung die Präparate, die meiner ersten Untersuchung zur Grundlage dienten, nochmals angesehen, kann aber nicht finden, dass ich eine Nebenmuschel mit der mittleren Siebbeinmuschel verwechselt habe. Ich glaube auch nicht, dass ein Anderer die von mir abgebildeten Fälle anders deuten würde, als dies durch mich geschehen ist. Speciell verweise ich auf Fig. 7 der sub 3a citirten Schrift, wo die Fiss. ethmoidalis inf. klafft und man in der Tiefe und im Anschluss an die nächst höher gelegene Muschel der Reihe ein Muschelrudiment findet, das, wie jeder sich noch heute überzeugen kann, die reducirte Concha ethm. media repräsentirt. Gegen Killian stelle ich die Behauptung auf, dass, wenn in der Fissura ethm. inf. eine muschelartige Bildung steckt, diese nicht nothwendig die Nebenmuschel sein muss; es kann sich ebenso gut um eine rückgebildete C. ethm. media handeln.

Ich gehe nun zu dem Muschelschema Killian's über. Dieser Autor hat, wie ich gleich von vorherein bemerken möchte, an einem weit grösseren Material, als es mir zu Gebote stand, die Anatomie der Siebbeinmuscheln studirt. Er hat die von mir für die mittlere Siebbeinmuschel beschriebene Involution auch an den folgenden zwei Sieb-

Digitized by Google

beinmuscheln sicher gestellt und überdies einige andere seltene Anomalien beschrieben. So weit es sich um die Involution der dritten und vierten Siebbeinmuschel handelt, kann ich Killian beistimmen, denn auch ich habe seither Aehnliches gesehen. Hinsichtlich der Begründung eines neuen Muschelschema's, welches Killian entwirft, kann ich ihm aber nicht folgen. Mein Muschelschema wird für unhaltbar erklärt, jedoch nicht mit Recht, denn Killian, der gleich mir gefunden hat, dass das drei- bezw. das zweimuschelige Siebbein den Typus repräsentirt, verlängert mein Schema an dem einen Ende der Reihe durch die Einführung eines fünften Muschelelementes. Killian schreibt:

„Da man es in der Regel mit Fällen von der Kategorie B^1 (= 4) und C^1 (= 6) zu thun hat, so entspricht auch meist:

die mittlere Muschel dem absteigenden Schenkel der zweiten Hauptmuschel einschliesslich eines kleinen Theiles der aufsteigenden;

die obere Muschel (Concha Morgagni) entweder (wenn noch eine oberste da ist) dem absteigenden Schenkel der dritten Hauptfurche, oder (wenn keine oberste da ist) den absteigenden Schenkeln der dritten bis fünften Hauptmuschel;

die oberste Muschel (Concha Santorini) dem absteigenden Schenkel der vierten und fünften Hauptmuschel;

der obere Nasengang dem absteigenden Ast der zweiten Hauptfurche;

der oberste Nasengang dem absteigenden Ast der dritten Hauptfurche.

Man muss sich aber merken, dass auch Ausnahmen von diesen Regeln vorkommen können.“ Und nun werden einige dieser Ausnahmen aufgezählt. Dann heisst es weiter: „Die alten Namen sollten nur für das postembryonale Leben gelten; bei der Beschreibung der Nase von Embryonen dagegen dürfte meine Nomenclatur allen Anforderungen genügen, weil durch sie allen Zweideutigkeiten und Missverständnissen vorgebeugt wird, und weil sie auf sicheren morphologischen Grundlagen beruht.“

Vergleicht man nun Killian's Schema mit meinem, so besteht, wie schon bemerkt, eigentlich nur der Unterschied, dass die selten vorkommende und bisher nur von Killian beobachtete fünfte Siebbeinmuschel als in der Reihe höchstgelegene eingezeichnet ist und somit unter gewöhnlichen Verhältnissen die oberste Muschel der Reihe ein Element mehr enthalte, als ich anzunehmen berechtigt war. Ich finde in dieser Reform keinen besonderen Nutzen. Dessen, dass mein Schema nur für die meisten, nicht aber für alle Fälle mit Erfolg zu verwenden sein würde, war ich mir wohl bewusst; das geht zur Genüge aus dem Umstande hervor, dass ich auf Ausnahmen aufmerksam gemacht und auf die Unmöglichkeit, in einzelnen Fällen eine Diagnose stellen zu können, hingewiesen habe. Killian hat nicht Recht, wenn er sagt, dass bei strenger Durchführung meiner Nomenclatur ungleichwerthige Theile dieselbe Bezeichnung erfahren, denn in der Regel kann dies überhaupt nicht der Fall sein. Fälle mit auffallenden Anomalien wird wohl niemand für normal halten, und sind bei complicirtem Verhalten die Rudimente der Muscheln noch aufzufinden, so ist die Stellung der Diagnose leicht. In jenen Fällen hingegen, wo die Differenzirung eine

Digitized by Google

unvollständige ist und Muscheln spurlos geschwunden sind, bestehen Schwierigkeiten und diesfalls ereignet es sich, dass man weder mit dem einen noch mit dem andern Schema etwas ausrichtet. —

Ich gehe nun zum eigentlichen Gegenstand dieser Schrift, d. i. zu meinen neuen Untersuchungen über die Anatomie der Siebbeinmuscheln über.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der Dr. Kayser'schen Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten zu Breslau.

Ueber Ozäna und ihre Behandlung mit cuprischer interstitieller Electrolyse.

Von

Dr. **Martin Hendelsohn.**

Nach zahlreichen, mehr oder weniger plausiblen Theorieen über die Entstehung der Ozäna brach sich durch die Arbeiten von Löwenberg, Klamann, Thost, Hajek, Marano, Luc, Abel, Strübing u. A. immer mehr die Anschauung Bahn, dass die Ozäna eine Infectionskrankheit sei, hervorgerufen durch einen von den genannten Autoren im Wesentlichen gleichmässig gefundenen und beschriebenen Microorganismus. Man glaubte, die ätiologischen Beziehungen des Bacillus mucosus (Abel) zur Ozäna genügend sicher gestellt zu haben und es bestanden nur noch Controversen über die morphologische Einreihung des Erregers, seine Differenzirung gegenüber ihm nahestehenden Arten, besonders dem Pneumococcus und dem Sclerombacillus, seiner directen oder indirecten Betheiligung an der Production des Fötors. So bestechend auch die Annahme der infectiösen Natur der Ozäna sein mag, hat sie doch in Fricke[1]), Dreyfuss und Klemperer[2]), Réthi[3]), Bayer[4]), Cappart[5]), Delsaux[6]) u. A. Gegner gefunden, über deren Einwände in den citirten Originalien nachzulesen, da eine Besprechung der theils rein bacteriologisch, theils klinisch gehaltenen Arbeiten uns zu weit führen würde. Prüft man den gegenwärtigen Stand der Frage vorurtheilsfrei, so kommt man zu dem Schlusse, dass die Specificität des Ozänacoccus noch durch Nichts bewiesen ist. Man sieht sich z. B. durch den Befund dieses Microben in Nasen, die weder Borkenbildung noch Atrophie zeigten, vor die Frage gestellt, entweder im Interesse der Pathogenität des Abel'schen Coccus das klinisch einheitliche Bild

---

[1]) Fricke: Ueber den Bac. mucosus caps. Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. 1896, XXIII.

[2]) Dreyfuss und Klemperer: Verhandl. der laryng. Abtheilung der 68. Naturforscher-Versammlung zu Frankfurt a. M.

[3]) Réthi: Fränkel's Arch. f. Layngol., II.

[4]) Bayer: Münchener med. Wochenschr. 1896, 32/33.

[5]) Cappart: Belg. otol.-laryng. Gesellschaft zu Brüssel, Sitzung vom 23. Februar 1896.

[6]) Delsaux: ibidem.

Digitized by Google

der Ozäna oder zur Aufrechterhaltung dieses die specifische Bedeutung des ersteren opfern zu müssen. Nun giebt es allerdings noch eine Möglichkeit: man könnte behaupten wollen, dass alle Fälle mit positivem Bacterienbefunde ohne sonstige klinische Zeichen der Ozäna früher oder später die typischen Symptome darböten, also gewissermassen eine latente Form der Ozäna darstellten, ähnlich wie man bei wiederholten Befunden von Tuberkelbacillen im Auswurf eines Kranken trotz Fehlens jedes sonstigen klinisch nachweisbaren Symptoms die Diagnose „Tuberculose" zu stellen berechtigt ist. Für den Koch'schen Bacillus ist diese Berechtigung durch klinische und anatomische Beobachtungen in unzähligen Fällen erwiesen worden, was für den Ozänacoccus z. Z. doch ganz aussteht. Den Einwurf, dass es sich in solchen Fällen um nicht voll virulente, abgeschwächte Formen des Abel'schen Coccus handelte, glaube ich bei der Lückenhaftigkeit unserer diesbezüglichen Kenntnisse mit gutem Gewissen ganz unberücksichtigt lassen zu dürfen.

So wenig die ätiologischen Beziehungen der hereditären Lues, Tuberculose, einer frühzeitig überstandenen gonorrhoischen Rhinitis zur Ozäna haben erwiesen werden können, so wenig sind auch die Theorien über ihre Pathogenese von Zaufal (rudimentäre Entwickelung der Muschel), von Hopman (angeborene Kürze des Septum), von Michel und Grünwald (Nebenhöhleneiterung), von Berliner (abnorme Enge in der Höhe der mittleren Muschel) für alle Krankheitsfälle anerkannt worden. Neuerdings hat Bayer die Ozäna für eine Trophoneurose, ähnlich wie früher schon Zarniko, angesprochen, während Delsaux als ihre Ursache eine Störung desjenigen Nervensystems annimmt, das der Secretion der Nasenschleimhaut vorsteht. Von diesen Autoren ist auf die Verwerthung der anatomischen Befunde verzichtet worden, die wir für unsere Affection aus den Arbeiten von Krause[7]), Habermann[8]), Schuchhardt[9]), Seiffert[10]), Demme[11]), Réthi[12]) kennen. Diese bestehen in fettiger Degeneration der Drüsenepithelien und der periglandulär mehr oder weniger dicht angehäuften Infiltrationszellen, späterhin in Drüsenatrophie, dem Auftreten von Spindelzellen- und Bindegewebszügen im submucösen Stratum bei gleichzeitiger Metaplasie des Oberflächenepithels in ein geschichtetes, in den obersten Lagen verhornendes Plattenepithel. Diese anatomischen Befunde hat zuerst Krause zum Ausgangspunkt seiner Erklärungen gemacht; ihm sind in neuerer Zeit Réthi, Schech[13]) und Cappart gefolgt. Diese sehen in dem histologischen Befunde der Drüsenepithelien das Wichtigste und erklären die Ozäna für eine eigenthümliche Schleimhautentzündung, „bei der es zur Bildung eines specifischen, eigenthümlich chemisch veränderten Secrets kommt, das, wie Krause hervorhebt, die Bedingungen für den characteristischen Gestank schon hat, ehe es auf die Ober-

---

[7]) Virchow's Arch. 1881, LXXXV.
[8]) Zeitschr. f. Heilk. 1881, VII.
[9]) Arch. f. Chir. 1889, 1.
[10]) X. int. med. Congr. Berlin 1889.
[11]) Berl. laryng. Gesellsch., Juli 1891.
[12]) Réthi, l. c.
[13]) Krankh. d. Mundhöhle, Rachens u. Nase 1896, 5. Aufl.

Digitized by Google

fläche tritt und durch den fettigen Zerfall der Infiltrationszellen und Drüsenelemente, Fettsäurebildung und Zersetzung den characteristischen Geruch verbreitet". Ich stelle mir vor, dass — wie der chronisch entzündlich erkrankte Magen, bei dem sich nahezu die gleichen anatomischen Veränderungen finden, nur dass es hier blos zu einer Abflachung des Oberflächenepithels kommt, ein Secret liefert, das in Folge HCl-Mangels physiologisch minderwerthig und für chemische und bacterielle Gährungs- und Zersetzungsvorgänge geeignet geworden ist — so auch die ozänös erkrankte Nasenschleimhaut ein nicht vollwerthiges Secret absondert; nehmen wir nun an, dass diesem diejenige chemische Substanz abgeht, der das normale Nasensecret seine bactericiden Eigenschaften verdankt, so ist damit der Invasion von Microorganismen und der durch diese bedingten Zersetzung Thür und Thor geöffnet. Diese Auffassung unterscheidet sich von der Réthi's lediglich dadurch, dass ich für das Zustandekommen des Fötors das Eingreifen von Fäulnisserregern für nothwendig halte. Réthi betont nachdrücklich den günstigen Einfluss der Gottstein'schen Tamponade auf den Geruch bei gemeiner Ozäna gegenüber ihrer völligen Wirkungslosigkeit bei den durch Nebenhöhlenempyemen bedingten Formen. Fettsäuren bilden sich aus Fetten beim Stehen an der Luft, besonders im Sonnen- und diffusen Tageslicht, noch schneller bei Gegenwart von Wasser, Eiweissstoffen, Schleim u. s. w. Warum sollte nun hinter dem Tampon unter so günstigen Bedingungen die Fettsäurebildung abnehmen, während bei unserer Deutung der Tampon als Filter durch Abfangen der Fäulniserreger sehr wohl eine Verringerung des Geruchs herbeiführen kann. Als Stütze für seine Annahme führt Réthi an, dass in seinen durch Galvanocaustik geheilten Fällen das histologische Bild nur in so weit eine Aenderung erfahren hätte, dass in den Präparaten von fettiger Degeneration nichts zu sehen war. Ich glaube jedoch, dass die auf die therapeutischen Eingriffe folgende Circulationsänderung und die dadurch bedingte Steigerung der Secretion und Resorption vollkommen genügen, um das Verschwinden des Fettes zu erklären.

Die Atrophie glaube ich in Uebereinstimmung mit der Mehrzahl der Autoren für etwas Secundäres halten zu müssen und nehme an, dass unter dem Druck der narbigen Zusammenziehung der Submucosa die Knochen der Muscheln zum Schwunde kommen. Vielleicht spielt auch der in den entzündeten Geweben höhere CO_2-Gehalt des Blutes bei der Ozäna local dieselbe knochenerweichende Rolle, wie es Rindfleisch für die Osteomalacie angenommen hat, und arbeiten chemische Erweichung und mechanischer Druck gleichzeitig an dem Zerstörungswerk der Muschel.

Diese auf die anatomischen Befunde basirte Auffassung der Ozäna ermöglicht uns sofort ein Urtheil über die allgemeine Prognose dieser Affection. Geringe degenerative Veränderungen an den Epithelien sind bei der hohen Regenerationsfähigkeit der meisten Abkömmlinge des Ectoderms sehr wohl eines Ausgleichs fähig, d. h. klinisch heilbar. Doch giebt es natürlich eine Grenze, von der ab eine anatomische Restitutio ad integrum unmöglich ist; haben erst schwerere Veränderungen in Form von Bindegewebsbildung in der Submucosa, hochgradiger Drüsenatrophie etc. Platz gegriffen, so ist die Prognose quoad

Digitized by Google

sanationem ungünstig. Ferner wird bei unserer Deutung verständlich, warum in der grossen Mehrzahl der Fälle (Semon, Krankheiten des Halses und der Nase von Makenzie) die Affection im reiferen Alter schwindet. Hier handelt es sich nicht um eine Heilung, sondern um ein Zeichen völligster Erschöpfung. Hat der atrophirende Process alle Drüsen oder wenigstens ihre überwiegende Mehrheit in seinen Bereich gezogen, so muss mangels eines zersetzungsfähigen Secrets Borkenbildung und Fötor aufhören. Führt uns ein glücklicher Zufall eine Reihe von Kranken im Initialstadium zur Behandlung, und kommt es zur Heilung, so ist man nur zu leicht bereit, das zufällig in Anwendung gezogene Mittel als Specificum gegen die Ozäna zu empfehlen. So sind im Laufe der Jahre eine Unmenge von Mitteln und Anwendungsformen als sicher wirksam empfohlen worden, die bei einer Nachprüfung unter ungünstigeren Verhältnissen völlig im Stich gelassen haben. Es ist leider oft genug vergessen worden, dass auch spontan Schwankungen in der Intensität der Symptome bei der Ozäna vorkommen, und dass man Besserungen bei irgend einem Behandlungsmodus nicht ohne Weiteres als Heilungen ansprechen darf. Endlich sollte den Kranken für die Zeit einer auf ihre Wirksamkeit zu prüfenden Therapie jede Manipulation auf's Strengste verboten werden, die eine Täuschung über den Effect des Heilverfahrens veranlassen könnte. Uns ist es bei unseren Versuchen mit der Electrolysetherapie der Ozäna häufig genug begegnet, dass Patienten, denen dies Verbot dringend eingeschärft wurde, auf die Frage, ob sie die Nase ausgespült hätten, dies als etwas durchaus Selbstverständliches bejahten. Für den Ozänösen ist die Nasendouche durch Gewohnheit ebenso Bedürfniss geworden, wie für uns Alle die Spülung des Mundes und die Reinigung der Zähne. Fast kann man von der Ozäna dasselbe sagen, was Rauchfuss für die Crouptherapie ausgesprochen hat: „Gewissenhafte Beobachter haben nur mässige Erfolge, an Erfolg reiche Therapeuten mangelhafte Beobachtungen aufzuweisen".

Als solch' ein zuverlässiges Heilmittel der Ozäna ist nach Gautier's Vorgang von Rousseaux, Cappart, Cheval, Bayer die Electrolyse empfohlen worden. 91 pCt. Heilung bei absoluter Gefahrlosigkeit der Methode klang doch gar zu verlockend! Die Anwendung der cuprischen interstitiellen Electrolyse wurde folgendermaassen beschrieben: Nach sorgfältiger Reinigung und Cocaïnisirung der Schleimhaut werden die Pole einer Batterie, von denen der + aus einer Kupfer-, der — aus einer Stahl- oder Platinnadel besteht, in die Mucosa eingestochen. Die Wahl des Orts ist gleichgiltig, ebenso ob beide Pole in eine Nasenhöhle eingeführt werden, jedoch sollen die Nadeln bis auf den Knochen resp. Knorpel vorgeschoben werden. Eine, höchstens zwei Sitzungen von 7—15 Minuten bei einer Stromstärke von 18—30 M.-A. (Cheval) sollten zur Heilung der Ozäna genügen. Etwas ernüchternd wirkte schon die Publication von Bayer, der der Electrolyse zwar absolute Wirksamkeit zusprach, aber auf Grund seiner Erfahrungen ihre Ungefährlichkeit in Zweifel ziehen musste. Denn abgesehen von den Beschwerden, die bei der Durchströmung auftraten, wie Schmerzen im Kopf, Auge und Ohr der operirten Seite, hat er bei sieben behandelten Fällen zwei Mal Otitis media perforativa mit einem Exitus letalis zu

Digitized by Google

verzeichnen gehabt, die er auf die Electrolyse bezieht. Das Resultat unserer Versuche mit dieser Methode an zehn Ozänösen der Privatpoliklinik des Herrn Dr. Kayser in Breslau ist, dass bei richtiger Stromdosirung die Electrolyse ebenso ungefährlich wie quoad dauernden Erfolg nutzlos ist.

So einstimmig die Ansichten über die Heilkraft der Electrolyse bei der Ozäna waren, so different waren die Meinungen über das Zustandekommen der Wirkung. Während die Einen von einer chemischen Galvanocaustik sprachen, hat Cheval das Hauptmoment in der bactericiden Eigenschaft des electrischen Stromes und — wie schon Jouslain[14]) — der bei der Durchströmung sich bildenden chemischen Producte gesehen. Wie wenig dieser Factor in Frage kommt, beweist folgende Bemerkung M. Schmidt's[15]): „Die Electrolyse vernichtet die Bacterien nicht, wie die Caustik. Als ich Anfangs im Vertrauen auf die bei der Caustik gemachten Erfahrungen weniger sorgfältig mit der Desinfection der Electroden war, habe ich in vier Fällen hintereinander ein Mal heftige Rhinitis, zwei Mal Angina lacunaris und ein Mal Erysipel erlebt, seitdem nicht mehr.“ Bayer fand es auffällig, dass bei Behandlung der einen Nase der therapeutische Effect sich nicht nur auf die andere Seite, sondern auch auf Nasopharynx und Rachen erstreckte und musste, da er sich eine solche Fernwirkung nicht lediglich auf Bacterienabtödtung beruhend denken konnte, bei seinen positiven Resultaten logischer Weise zu dem Schlusse kommen, dass die Microorganismen nicht die Ursache der Ozäna bilden können. Er spricht von einer umstimmenden trophoneurotischen Beeinflussung der Nasenmucosa durch die Electrolyse, derart, dass „die Schleimhaut in Folge erneuter Vascularisation succulenter wird, das Secret einen veränderten Character annimmt und so der Geruch schon am ersten Tage schwindet, mindestens wesentlich abnimmt.“

Bevor wir an die Nachprüfung der Bayer'schen Befunde herangingen, suchten wir eine Vorstellung davon zu gewinnen, was wir von der Methode zu erwarten hätten und mussten bei unserer Auffassung vom Wesen der Ozäna zu folgenden Schlüssen kommen: 1) Eine günstige Beeinflussung frischer Fälle von Ozäna mit geringen, rückbildungsfähigen anatomischen Veränderungen ist sehr wohl denkbar, dagegen sind Formen mit schwerer Drüsenatrophie und narbiger Degeneration der Submucosa einer Heilung durch die Electrolyse unfähig. 2) Auch für leichtere Fälle erscheint die Beeinflussung durch eine einmalige Sitzung unwahrscheinlich, was bei „rein functionellen“ Secretionsanomalien wohl denkbar wäre.

Die bisher angestellten Nachuntersuchungen über den Werth der Electrolyse bei der Ozäna sprechen auch im Wesentlichen diesen theoretischen Deductionen das Wort. Goris und Delsaux[16]), ebenso Schiffers[17]) konnten mit dieser Methode keine grossen Erfolge erzielen und sprechen von höchstens mehr oder minder deutlichen Besse-

[14]) Jouslain: Soc. d'électrother. 1892.
[15]) Moritz Schmidt: Krkh. der oberen Luftwege, II. Aufl., 1897.
[16]) Goris und Delsaux: Belg. otol.-laryng. Ges. in Brüssel, Febr. 96.
[17]) Schiffers ibidem.

Digitized by Google

rungen. Einen gewissen Mangel an Vertrauen auf die Zuverlässigkeit der Electrolysewirkung bekundet die Aeusserung Cappart's[18]: „Welche Behandlung man auch anwende, die Basis aller sind die Naseninjectionen, welche 2—3 Mal täglich vorgenommen werden müssen." Deutscherseits finde ich über Anwendung der Electrolyse gegen die Ozäna nur eine Notiz bei M. Schmidt[19]: „Manche sehr ausgesprochene Fälle sind schon nach zwei Sitzungen geheilt und bedürfen nur noch einer Reinigung durch Ausspritzen; ob aber dieser überraschende Erfolg ein dauernder ist, muss die Zeit lehren." Leider kann ich auf Grund meiner Beobachtungen vorläufig nur Erman[20]) beipflichten, wenn er sagt, „er müsse die Wirksamkeit der Electrolyse so lange bezweifeln, als man ihm nicht eine Reihe Kranker, die an typischer Ozäna gelitten hätten, befreit vom characteristischen Geruch, und zwar mindestens nach Monate langer, vollständiger Befreiung hinstellen könne; inzwischen müsse er annehmen, dass Beobachtungsfehler und Illusionen vorlägen."

Bevor ich zur Besprechung der einzelnen, von uns mit Electrolyse behandelten Ozänafälle übergehe, möchte ich noch berichten, was ich an electrotherapeutischen Versuchen gegen unsere Affection in der früheren Literatur vorgefunden habe. Die erste diesbezügliche Angabe stammt von Garrigou-Desarènes und Mercier[21]), die von einer chemischen Galvanocaustik sprechen, deren Wirkung sie darauf zurückführen, dass an den mit der Schleimhaut in Berührung stehenden Polen nascirende Säuren und Alkalien sich bilden, die einen moderirenden Einfluss auf die Schleimhaut ausüben. Dann hat Delavan[22]) eine Behandlungsweise veröffentlicht, bei welcher der positive Pol auf den Nacken, der negative, bestehend aus einem Kupferdraht, um welchen etwas angefeuchtete Watte gewickelt ist, auf die Nasenschleimhaut applicirt wird (4—7 M.-A. bei 5—12 Min. Dauer der Sitzung).

In einem Vortrage von Kafemann[23]) über electrolytische Operationen an den oberen Luftwegen aus dem Jahre 1889 finde ich einen Behandlungsmodus der Ozäna beschrieben, der sich von dem Cheval-Bayer'schen im Wesentlichen dadurch unterscheidet, dass von der Verwerthung des Kupfers als positive Electrode nicht gesprochen wird. „Die hier an der Anode sich reichlich bildenden Gase, Chlor, Ozon, Wasserstoffsuperoxyd, der an der Kathode sich bildende Wasserstoff müssen eine irgendwie geartete Wirkung auf die erkrankte Schleimhaut ausüben, und sei es nur eine energisch desinficirende. Nach wenigen Minuten tritt auch schon der ätzende Effect der gebildeten Alkalien und Säuren auf." Kafemann betont den Nachlass der Borkenbildung in der behandelten Seite gegenüber der behufs Controllirung nicht behandelten.

Dann folgt die bereits citirte Arbeit von Jouslain über Behand-

---

[18]) Cappart: Jahresversammlung belg. Laryng., Juni 1895.
[19]) M. Schmidt l. c., pag. 239.
[20]) Erman: Belg. otol.-laryng. Ges. in Brüssel, Febr. 1896.
[21]) Garrigou-Desarènes und Mercier: Bull. et mém. de la soc. franç. d'otol. et de laryng., avril 1885.
[22]) Delavan: New-York med. Journ., Oct. 1887.
[23]) Kafemann: Ueber electrolytische Operationen in den oberen Luftwegen. Bergmann, Wiesbaden 1889.

Digitized by Google

lung der Ozäna auf electrochemischem Wege, deren Wirksamkeit er in der antiseptischen Kraft des am positiven Kupferpol sich bildenden Niederschlags von Kupferoxydchlorür sieht. Von Garrison[24]) ist dann auch der faradische Strom empfohlen worden: die eine watteumhüllte Electrode wird in die Nase eingeführt, die andere hält der Kranke in der Hand; man benutzt den secundären Strom; die Vibrationen sollen rapid erfolgen und der Strom so schwach als möglich sein. Die Galvanocaustik, die in neuerer Zeit in Réthi einen warmen Fürsprecher gefunden hat, habe ich nicht berücksichtigt, weil sie nur eine genauer zu localisirende, tiefer greifendere und elegantere Form der thermischen Caustik darstellt.

Die von uns angewandte Methode entsprach genau den Vorschriften Bayer's; die Applicationsstellen nebst Angabe der Dauer und Stromstärke (am Galvanometer abgelesen) werde ich bei jeder Sitzung anführen. Nach einer kleinen Blutung aus dem Stichcanal der nagativen Electrode machten wir es uns zur Gewohnheit, vor Entfernung der Nadeln den Strom umzukehren und so kurze Zeit einwirken zu lassen. Auf diese Weise sicherten wir uns zunächst gegen solche Blutungen vom negativen Pole aus und konnten die an der + Seite von verdichtetem Gewebe fest umschlossene Nadel leichter entfernen.

1) Clara W., 19 Jahre: Starke Borkenmassen in der Nase, hochgradige Atrophie aller Muscheln, äussere Nase stumpf, typisches Ozänagesicht.

24. X. + mittlere Muschel, — untere Muschel der linken Nase, 4—10 M.-A., 8 Min.; geringe Schmerzen in der Nase.

26. X. Nach der Sitzung geringer Kompfschmerz; Gefühl, als sässe die Nadel noch in der Nase; heute wieder Borken am Boden und mittlerer Muschel rechts, Septum und unterer Muschel links; II. Sitzung, 7—10 M.-A., 12 Min., in gleicher Anordnung wie bei I.; schmerzlos.

27. X. Borken und ziemlicher Fötor. III. Sitzung, 10 M.-A., 15 Min. Während der Sitzung zunehmender linksseitiger Kopfschmerz, beiderseits Gefühl von Längerwerden der Zähne, Röthung und verstärkte Secretion der Conjunctivae.

30. X., 4. XI., 11. XI. je eine Sitzung, 10 M.-A., 10 Min. 15. XI. Pat. fühlt sich subjectiv wesentlich gebessert; angeblich gestern zum ersten Male gespült, wobei sie nur wenig Borken entfernt hat; z. Z. nur hoch oben in der linken Nase oberflächliche Borke, bedeutende Abnahme des Fötors. VII. Sitzung, rechte Nase — mittlere, + untere Muschel, 6—8 M.-A., 10 Min.; starker Zahn- und Kopfschmerz, der hauptsächlich in die knöcherne Orbitalbegrenzung verlegt wird.

6. III. 1897. Nach 4wöchentlicher Besserung hätten sich Borkenbildung und Fötor immer mehr eingefunden; objectiv: ziemlich reichlich trockene, fest adhärente Borken; Geruch von mässiger Stärke.

2) Anna Th., 36 Jahre: hochgradige Atrophie; colossale Borkenbildung, mässiger Fötor; in dem weiten Abstand zwischen Septum und mittlerer Muschel links ist die Mündung des Sin. sphen. zu sehen; Entfernung von der Nasenspitze bis zur Keilbeinhöhle 87 mm.

---

[24]) Garrison: Journal of ophth., otolog. and laryngol. 1893.

Digitized by Google

24. X. Rechte Nase + mittlere, — untere Muschel, 6 - 8 M.-A., 10 Min.; unbedeutender Kopfschmerz.

26. X. Seit 24. 2 Mal gespült; ziemlich reichliche Borken am Boden und Septum der rechten Seite, starker Fötor; II. S. gleiche Anordnung, 8—10 M.-A., ohne jegliche Beschwerden.

28. X. 2 Stunden post operationem vom 26., heftige Schmerzen oberhalb der Nase; objectiver Befund unverändert; III. Sitzung, 8—10—18 (!) M.-A.; dann constant auf 10 M.-A., 8 Min.; bei Zunahme des Stromes steigender Kopfschmerz bis zur Ohnmachtsanwandlung.

1. XI. In den letzten Tagen heftiger Kopf- und Ohrenschmerz; otoscopischer Befund normal; rechte Stirnhöhlengegend auf Druck sehr schmerzhaft (Catarrh. sin. front.).

21. X. Patientin beschwerdefrei; objectiver Nasenbefund gegen früher war unwesentlich geändert.

3) Martha A., 17 Jahre: Borken im hinteren Theil des Nasendaches und auf beiden mittleren Muscheln; geringe Atrophie, mässiger Fötor.

26. X. I. Sitzung + mittlere Muschel, — untere der linken Seite, 10—12 M.-A., 10 Min., mässiger Schmerz in der Nase. Es zeigt sich deutlich, dass im Verlauf der Sitzung der Strom stärker wird durch Zunahme des Ausschlages der Galvanometernadel und verstärktes Schmerzgefühl.

27. X. Seit gestern Kopf- und Ohrenschmerz ohne objectiven Befund; Borken an den mittleren Muscheln.

28. X Kopfschmerz dauert noch immer an; deshalb nur Reinigung der Nase von schleimig-eiterigen, leicht zerfliessenden Borken.

30. X. Geringe Borkenbildung hinten oben; II. Sitzung, 10 M.-A., 10 Min., in gleicher Anordnung wie bei I. Sitzung.

2. XI. Nase, die inzwischen nicht gespült worden ist, zeigt nur wenig lockere Auflagerungen beiderseits mit mässigem Fötor; 7 M.-A., 15 Min.

4. XI. IV. Sitzung, 8—10 M.-A., 12 Min.

9. XI. Subjectiv das Gefühl beträchtlicher Besserung; Pat. giebt spontan an, seit langer Zeit wieder das Gefühl zu haben, als hätte sie einen Schnupfen; objectiv nur ganz wenig Borken; Geruch zweifellos bedeutend geringer. V. Sitzung, 10 M.-A., 12 Min.

12. XI. Nase fast frei von Borken, ohne dass Spülungen oder Tamponade vorgenommen waren.

26. II. 1897. Pat. ist inzwischen wieder zur Gottstein'schen Tamponade zurückgekekehrt; objectiv sind reichlich Borken wahrzunehmen; Fötor vielleicht nicht so intensiv wie früher.

4) Conrad H., 17 Jahre: Zwei Brüder des Kranken haben ebenfalls an Ozäna gelitten, von denen einer durch zweijährige Tamponbehandlung geheilt sein soll; sehr schwerer Fall: dicke Borken kleiden die ganze Nasenhöhle und den Nasopharynx aus, entsetzlicher Fötor; hochgradige Atrophie, sehr reizbare, leicht blutende Schleimhaut.

26. X. I. Sitzung, linke Nase + mittlere, — untere Muschel; 9 bis 10 M.-A., 8 Min.; während des Eingriffs Schmerz im linken Auge.

28. X. 24stündiger Kopfschmerz von grosser Intensität nach der I. Sitzung; deshalb nur 5—7 M.-A., 13 Min.; Zahnschmerz, Injection und Thränenträufeln am linken Auge.

Digitized by Google

30. X. Wieder 24 Stunden Kopfschmerz; auf dem Wege in die Poliklinik reichlich Borken entleert, nur in den hintersten Partien der Nase solche zu sehen. III. Sitzung, 5 M.-A., 15 Min., bei gleicher Anordnung wie früher; schmerzlos.

2. XI. IV. Sitzung, 5—7 M.-A., 10 Min.

9. XI. Da sich auf Borkenbildung und Fötor nicht der geringste Einfluss bemerkbar macht, wird die Electrolyse nicht mehr angewandt und dem Patienten Nasenspülungen und Tamponade wieder angeordnet.

Mitte März 1897 Nasenbefund quoad Borken und Fötor wie zu Anfang der Behandlung.

5) Clara E., 15 Jahre: Rechte mittlere Muschel ziemlich stark atrophisch, untere, wie die beiden linkerseits, von normalem Aussehen; Septum hoch links stark convex, untere Muschel berührend; hinten zwischen beiden breite Synechie, sehr wenig Borken, Fötor gering (leichter Fall).

27. X, 30. X, 1. XI. Electrolystische Sitzungen mit einer Stromstärke von 8—10 M.-A. und 10 Min. Dauer; links mittlere Muschel +, untere —; ohne besondere Beschwerden.

2. XI. Nase gut aussehend; keine Borken, kein Geruch wahrnehmbar.

Pat. kommt erst 4. III. 1897 wieder in die Poliklinik; Nase nahezu ganz frei von Borken, kein Fötor.

6) Carl L., 13 Jahre: Reichliche Borken in beiden Nasen, starke Atrophie aller Muscheln; wegen des hochgradigen Fötors, der dem Pat. als Schüler hätte Unannehmlichkeiten bereiten können, wird ausnahmsweise die Fortsetzung der Gottstein'schen Tamponade ordinirt.

29. X. I. Sitzung, rechte Nase + mittlere, — untere Muschel, 10 Min., 6—9 M.-A.; Niesreiz.

31. X. II. Sitzung, 8—10 M.-A., 10 Min.; Schmerz in Nase und Zähnen; Niesen.

3. XI. III. Sitzung, 10 M.-A., 8 Min., bei gleicher Anordnung.

9. XI. Kurz vor der Untersuchung hat Pat. mühelos grosse Mengen Secrets aus der Nase entfernt, die sich frei von Borken zeigt. Fötor wesentlich geringer.

12. XI. IV. Sitzung, rechte Nase mittlere Muschel —, untere +; 8—9 M.-A., 10 Min.; heftiger Zahnschmerz.

19. XI. Objectiver Befund zufriedenstellend; V. Sitzung, Anordnung wie bei IV. Sitzung, 7—9 M.-A., 15 Min.

30. XI. Nach Aussetzen der Electrolyse und einem Versuch, auch die Tamponade fortzulassen, zeigt sich sofort wieder Zunahme der Borkenbildung und des Fötors.

8. III. 1897. Reichlich Borken in beiden Nasen, die besonders in dem mittleren Nasengang sehr fest adhäriren; dagegen hat nach Aussage der Angehörigen des Pat. und meinem subjectiven Gefühl der Fötor ziemlich beträchtlich abgenommen.

7) Martha Sch., 14 Jahre: Massenhaft stinkende Borken in beiden Nasen, alle Muscheln hochgradig atrophirt.

6. XI. Rechte Nase mittlere Muschel +, untere —; 8—10 M.-A., 5 Min.; keine besonderen Beschwerden.

Digitized by Google

10. XI. II. Sitzung 10 Min. bei gleicher Anordnung und Stromstärke.

12. XI. Rechte Nase zeigt nur wenig weiche Borken, die in Menge und Consistenz deutlich von denen der linken Seite verschieden sind. III. Sitzuug, — mittlere, + untere Muschel der linken Nase, 6—8 M.-A., 10 Min.; heftiger linksseitiger Kopfschmerz.

17. XI., 20. XI., 23. XI. Electrolytische Sitzungen; + mittlere Muschel rechts, — Septum links, 10 Min., 6—9 M.-A.

27. XI. Nach Entleerung ziemlicher Mengen von Secret zeigt sich die Nase bei der Untersuchung frei von Borken; Patientin fühlt auch subjective Besserung.

15. XII. Objectiver Nasenbefund wieder völlig zum früheren Status zurückgekehrt.

Patientin befindet sich auch noch zur Zeit (Ende März 1897) in poliklinischer Behandlung wegen ihrer Ozäna.

8) Minna St., 19 Jahre: Ziemlich ausgesprochene Atrophie beiderseits, reichliche Borken in Nase und Nasenrachen, zahlreiche Drüsen am Halse.

19. XI. Linke Nase — mittlere, + untere Muschel, 10 Min., 6 bis 10 M.-A., Zahnschmerz und Niesreiz.

23. XI. Nach der ersten Sitzung wenig Beschwerden; subjectiv wesentlich besser, auch objectiver Befund gut, indem nur wenig Borken sich in der Nase vorfinden. II. Sitzung, 5—8 M.-A., 10 Min.

26. XI., 29. XI., 2. XII. Electrolytische Eingriffe von 8—10 M.-A. und 10 Min. Dauer in oben angeführter Anordnung, ohne besondere Beschwerden.

4. XII. In der Nase wenig leicht entfernbare Borken; der Anfangs sehr starke Fötor hat bedeutend abgenommen.

12. III. 97 zeigte sich trotz inzwischen angewandter Spülungen und Tamponade hochgradige Borkenbildung und starker Geruch.

9) Margarethe Pr., 15 Jahre: Reichliche, aber weiche Borken beiderseits, starker Fötor, hochgradige Atrophie der Muscheln, die als solche gar nicht erkennbar sind.

19. XI. Rechte Nase — mittlere, + untere Muschelgegend, 8 Min., 6—9 M.-A.; ohne Beschwerden.

22. XI. II. Sitzung, 26. XI. (III.) von 6—8 M.-A., 10 Min. Dauer bei oben angeführter Anordnung.

28. XI. Rechte Nase nahezu frei, links überall starke, trockene, fest anhaftende Borken; IV. Sitzung, 8—10 M.-A., 10 Min.; starker Zahnschmerz, Injection der Conjunctivae, Epiphora.

3. XII. V. Sitzung. 6—8 M.-A., die Electroden in beiden mittleren Muscheln; ziemlich heftiger Kopfschmerz.

6. XII. Es zeigt sich kaum eine Beeinflussung von Borkenbildung und Fötor durch die Electrolyse, weshalb die Behandlung abgebrochen wird.

10) Clara N., 21 Jahre: Sehr starke Atrophie bei mässiger Borkenbildung, aber intensivem Fötor; früher schon Highmor's-Höhle ohne Befund punctirt; äussere Nase dick.

30. XI. Rechte Nase mittlere Muschel —, untere +; 8—10 M.-A., 10 Min.; ohne Beschwerden vertragen.

Digitized by Google

2. XII., 4. XII. Sitzungen, die unter genau gleichen Bedingungen wie Sitzung I immer stärker werdende Kopf-, Zahn- und Augenschmerzen verursachen.

7. XII. Nase ziemlich frei von Borken, Fötor wesentlich gebessert; die Electroden in beiden mittleren Muscheln, 5—8 M.-A., 7 Min.; heftiger Kopfschmerz.

9. XII. Links eine grosse Borke; Nase blutet beim Säubern, was früher nicht vorgekommen ist; V. Sitzung — mittlere Muschel links, + Septum rechts; 10 Min., 8—10 M.-A.

12. XII. Wenig reiche Borken; VI. Sitzung gleiche Anordnung wie am 9. XII., 6—10 M.-A., 15 Min.

15. XII. Borken in allen Nasenpartien, ziemlich weich und leicht entfernbar; Fötor vielleicht etwas geringer.

Die Mindestzahl der an unseren Kranken vorgenommenen electrolytischen Sitzungen betrug 3. Die Differenz in der Wiederholung derselben findet ihre Erklärung in der mehr oder weniger ausgesprochenen Reaction, die der Eingriff auf das Allgemeinbefinden oder die Nasenschleimhaut der Kranken hervorrief. In den Fällen, wo heftigere Reizerscheinungen, besonders solche von längerer Dauer, nach der Manipulation eintraten, wurde die Wiederholung aufgeschoben, ebenso dort, wo sich nach einer Reihe von Sitzungen gar keine Veränderung in der Nase zeigte, von der Fortsetzung des Verfahrens als aussichtslos Abstand genommen. Während der Durchströmung klagten die Patienten über verschieden intensive Schmerzen in der Nase, Ohr, Auge, Zähnen der operirten Seite, hatten zuweilen das Gefühl, als würden die Zähne länger; auch wurden Niesreiz, Husten, Injection der Conjunctivae, Thränenfluss beobachtet. Nachhaltigere Beschwerden bestanden in bisweilen mehrtägigem Kopfschmerz, Stechen in den Ohren (in allen Fällen ohne otoscopischen Befund). Als einzige ernstere Complication haben wir den Stirnhöhlencatarrh (Fall 2) zu verzeichnen. Nach Herausziehen der Electroden zeigte sich an der Einstichsstelle des positiven Pols eine bräunliche Blutkruste, an der des negativen flüssiges, mit Gasblasen vermischtes Blut. In einem Falle sahen wir aus letzterer eine geringe Blutung, der wir späterhin durch die schon früher erwähnte Umschaltung des Stroms vorbeugten. Ferner sahen wir, nachdem wir erst darauf aufmerksam geworden, häufiger die Zunahme der Stromstärke im Verlaufe der Sitzung am Ausschlag der Galvanometernadel.

Was den Effect der Electrolysetherapie auf unsere Ozänafälle anlangt, so können wir von 10 Kranken nur einen (Fall 5) vermerken, der zu Beginn der Behandlung auf Grund seines klinischen Befundes als leichter gedeutet, nach ca. 5 Monaten fast vollständige Heilung von Borkenbildung und Fötor darbot. In der weitaus grösseren Mehrzahl der Fälle war wohl während der Behandlungsdauer subjectiv und objectiv eine Besserung nachweisbar, die jedoch nach dem Aussetzen der Therapie wieder zurückging, um dem früheren Status Platz zu machen. Alle Patienten bis auf Fall 10 sind kurz vor Abfassung der Arbeit nochmals genau untersucht worden — die meisten waren auch in der Zwischenzeit in unserer Behandlung —, doch musste leider con-

Digitized by Google

statirt werden, dass von einer irgendwie deutlichen dauernden Wirkung, geschweige denn Heilung der Ozäna durch die Electrolyse keine Rede sein kann.

Die vorübergehenden Besserungen bestanden neben Abnahme des Fötors darin, dass die Borken unter dem Einfluss der Behandlung ihre Consistenz änderten, mehr zerfliesslich wurden, der Schleimhaut lockerer auflagen, und so ihre mechanische Entfernung weniger Schwierigkeiten bot.

Wie sind nun diese deutlichen, wenn auch leider kurzdauernden Remissionen zu erklären? Die Antwort liegt meiner Meinung in drei Beobachtungen, die wir bei der Anwendung der Electrolyse zu erheben Gelegenheit hatten, nämlich 1) in der Zunahme des Galvanometerausschlags im Laufe der Durchströmung; 2) in der Steigerung der Reaction, die sich bei Anwendung gleich starker Ströme von Sitzung zu Sitzung bemerkbar machte und 3) in dem durch einen zu starken Strom veranlassten Stirnhöhlencatarrh. Die ersten beiden Erscheinungen finden ihre Deutung in der Annahme, dass im Laufe der einzelnen Durchströmung resp. der ganzen Behandlung die Widerstände in der durchflossenen Strecke abgenommen haben; diese Abnahme hat ihren Grund wahrscheinlich in der Vermehrung des Blutgehalts und der dadurch veranlassten serösen Durchtränkung der Nasenschleimhaut. Der Stirnhöhlencatarrh ferner ist aufzufassen als das Product der unter dem Einfluss gehobener Circulation steigenden Secretion in der Nase und ihren Nebenhöhlen, während die gleich bedingte Schwellung der Mucosa den Abfluss des Secrets verhindert. So erklärt sich die weichere Beschaffenheit der Borken, das Gefühl der Feuchtigkeit in der Nase und auch die Abnahme des Geruchs. Denn je weicher und leichter entfernbar die Borken werden, um so mehr muss der Fötor abnehmen, da die Stagnation hier ebenso wie bei allen anderen Fäulnissprocessen eine wesentliche Rolle spielt.

Ich sehe also den Hauptfactor der Electrolysewirkung in einer mächtigen irritativen Beeinflussung der Circulation in der Nase und reihe sie denjenigen Methoden der Ozänabehandlung an, die, ausgehend von der Beobachtung, dass bei der Ozäna acute Rhinitiden fast nie vorkommen und gelegentlich ein Schnupfen die Stinknase heilen kann, darauf hinauslaufen, einen entzündlichen Reiz künstlich zu setzen. Hierher rechne ich die Gottstein'sche Tamponade, das Einbringen chemischer Agentien, wie Arg. nitr., Kal. chlor., Terpentinöl u. a. m., die von Braun, Laker und Demme empfohlene Massage der Nasenmucosa, die ein Gemisch der beiden letzteren darstellende Stein'sche Methode (Massage mit in Trichloressigsäure getauchten Wattebäuschchen) und die neuerdings wieder von Réthi warm befürwortete Caustik. Alle haben an der tristen Prognose der Ozäna wenig oder nichts zu ändern vermocht. Die Galvanocaustik könnte vielleicht noch insofern eine Rolle spielen, als man mit ihrer Hilfe durch möglichst sorgfältige Aetzung aller Schleimhautpartien ein Aufhören der Ozäna erzwingen könnte durch vollständige Zerstörung aller Drüsen; leider steht der Erreichung dieses Zieles wieder die unendliche Complicirtheit im Bau der menschlichen Nase hinderlich im Wege.

Digitized by Google

Zum Schluss erfülle ich gern die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer und Chef, Herrn Dr. R. Kayser in Breslau, für die freundliche Ueberlassung des Materials und die gütige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Sitzungen der Laryngologischen Gesellschaft in London.

Ordentliche Sitzung vom 10. März 1897.

Vorsitzender: Henry T. Butlin.

Schriftführer: St. Clair Thomson.
Herbert Tilley.

Der Vorsitzende verliest einen Brief von Dr. Moritz Schmidt in Frankfurt, in welchem dieser der Gesellschaft seinen Dank für die Ehre ausspricht, ihn zum Ehrenmitgliede erwählt zu haben, und sie bittet, die letzte Ausgabe seines Buches „Die Krankheiten der oberen Luftwege" für die Bibliothek der Gesellschaft anzunehmen.

Pharynx von einem mit Anti-Streptococcenserum behandelten Scharlachfall, der am 9. Tage letal endete.

Mr. Knyvett Gordon: Das Präparat zeigt ausgedehnte Ulceration beider Tonsillen und der Uvula. Von der Spitze der Epiglottis zieht eine Kette kleiner Geschwüre zum Sinus pyriformis beiderseits; im Nasopharynx ulcerirtes adenoides Gewebe.

Nach Meinung des Vortragenden ist das Serum bei Scharlach werthlos, wenn die septikämischen Erscheinungen spät auftreten, in Folge Resorption von den Halsgeschwüren aus. Dagegen hat er auffällig gute Resultate gehabt, wo die Septikämie früh einsetzt und das Serum sofort angewendet wurde.

Sarcom der Nase.

H. Lambert Lack: 65jähriger Mann, der 18 Monate hindurch an Polypen der linken Nase behandelt wurde, bis im Februar 1895 zuerst eine nicht abzugrenzende Geschwulst im rechten mittleren Nasengang bemerkt wurde, die im April bereits die ganze rechte Nase ausfüllte. Einige Stücke der weichen, leicht blutenden und oberflächlich ulcerirten Geschwulst wurden mit der Schlinge entfernt. Die microscopische Untersuchung ergab Sarcom. Mai 1895 Radicaloperation in Chloroformnarcose. Nach Tamponade des Nasenrachenraumes wurde der rechte Nasenflügel abgelöst und die Geschwulst mit Zange und Meyer's Ringmesser gründlich entfernt. Die Siebbeinzellen wurden ausgekratzt, die innere Wand des Antrum maxillare und der Orbita entfernt. Jodoformgazetamponade. Es folgte beträchtliche Ecchymose der Wangen und Lider, aber nach 14 Tagen konnte Pat. geheilt das Hospital verlassen. Jetzt, nach zwei Jahren, ist noch kein Recidiv, ebenso keine Deformität, und man kann diesen Fall als Beispiel der geringen Malignität derartiger Geschwülste und des Erfolges sehr energischer intranasaler Behandlung hinstellen.

Digitized by Google

Cysten der Epiglottis und schwarze Zunge.

45jähriger Mann, der über einen Knollen im Halse und Beschwerden beim Schlucken klagt. Es findet sich eine bohnenförmige Cyste an der Epiglottis liegend, die aber offenbar vom rechten Ligamentum glosso-epiglotticum ausgeht. Ausserdem bietet sich das typische Bild der schwarzen Zunge. Die Papillen vor den Pap. circumvallatae und auf der Mitte des Zungenrückens sind sehr vergrössert, von pelzigem Aussehen und kohlschwarz.

Vordere Turbinectomie bei einem älteren Manne.

Dr. Grant hat einem an Nasenverstopfung leidenden Pat. mit gutem Erfolge den vorderen Theil der unteren Muschel mit Scheere und kalter Schlinge entfernt. Die Blutung war gering.

Vordere Turbinectomie bei einer Frau.

Dr. Grant: Ein ähnlicher Fall wie der obige.

Dr. Hill findet noch etwas Nasenverstopfung und schlägt vollständige Turbinectomie vor.

Dr. Hall und Mr. Buber rathen nur so viel zu thun, als nöthig sei. Die Blutung bei der vorderen Turbinectomie sei gering, bei der vollständigen oft sehr ernst.

Functionelle Aphonie mit Taschenbandphonation.

Dr. Grant: 36jährige Dame, die seit einem halben Jahre ihre Stimme völlig verloren hat. Durch Localbehandlung ist die Stimme etwas gebessert. Gleichzeitig Erkrankung der Siebbeinzellen, Stirn-, Augen- und Hinterkopfschmerz. Untersuchung der Stirnhöhlen fällt negativ aus.

Die Stimmbänder nähern sich unvollkommen, namentlich im hinteren Drittel, die Taschenbänder berühren sich in den vorderen 3 Vierteln ihrer Länge. Stimme rauh und tief. Nach endolaryngealer Faradisation kann Patientin einige Vocale rein hervorbringen und der Kehlkopf zeigt ein normales Bild. Die Besserung geht aber bald vorüber. Unter täglicher Localbehandlung wird die Besserung indess immer andauernder.

Geringe rechtsseitige Taubheit. Einschränkung des Gesichtsfeldes und vollständige Hemianästhesie rechterseits.

Es handelt sich unzweifelhaft um eine Erkrankung auf hysterischer Grundlage.

Mr. Spencer bemerkt, dass Exspiration und Adduction in diesem Falle nicht zusammen verlaufen.

Mr. Thomson stellt fest, dass Pat. husten kann, ohne dass die Proc. vocales zusammenkommen, und glaubt, dass die „Rauhigkeit" durch Verdickung eines Stimmbandes verursacht werde.

Beiderseitige Lähmung der Abductoren und Tensoren bei einem Tabiker.

Dr. Grant: Aelterer Mann mit ausgesprochener Tabes leidet seit 2 Jahren an Heiserkeit, der sich weiterhin etwas inspiratorischer Stridor zugesellte, der aber letzthin nachgelassen hat.

Hängende Epiglottis, nach deren Aufrichtung man erst die Stimmbänder sehen kann. Während der Inspiration sind die Stimmbänder in ihrem vorderen Viertel geschlossen. Von dort bis zum Proc. vocalis eine elliptische Spalte, etwa 2—3 mm breit. Die Glottis cartilaginea sehr eng. Bei der Phonation geringe Auswärtsbewegung der Santorini'schen Knorpel, die Proc. vocales nähern sich und die elliptische

Digitized by Google

Spalte wird enger. Sensibilität des Larynx herabgesetzt, Stimme monoton.

Es handelt sich also um eine Paralyse der Abductoren und der Thyreo-arytaenoidei. Ohne die letztere würde die Dyspnoe beträchtlich grösser sein und die Tracheotomie müsste in Aussicht genommen werden.

Dr. Semon berichtet über einen ähnlichen Fall doppelter Posticuslähmung bei einem Tabiker, wo wegen plötzlicher Asphyxie die Tracheotomie gemacht werden musste. Er hat deshalb empfohlen, in derartigen Fällen die Tracheotomie schon vor dem Eintritt acuter Erscheinungen zu machen, räth aber, die Entscheidung in die Hände des Patienten zu legen.

Mr. Baber hat einen Fall von Posticuslähmung bei Tabes in Behandlung, in dem Hyperästhesie des Pharynx und Larynx und Spasmen der Adductoren vorhanden sind.

Dr. Grant zeigt noch einen Fall von chronischem Larynxödem bei einem 15jährigen Knaben und einen Fall von vollständigem Verschluss der rechten Choane vor.

Chronische Laryngitis.

Dr. Bull stellt einen 26jährigen Geistlichen vor, der seit 5 Jahren an Heiserkeit und Stimmschwäche leidet. Röthung der Stimmbänder, Internuslähmung. Localbehandlung bisher erfolglos.

Dr. Hall räth, die bestehende Nasenverstopfung zu beseitigen.

Dr. Bull hat die Nase galvanocaustisch behandelt, will aber event. zur vorderen Turbinotomie schreiten. Endolaryngeale Faradisation hält er für langwierig und schmerzhaft. Er würde Massage und Phonationsübungen vorziehen, um die Muskeln zu kräftigen.

Doppelseitige Posticuslähmung mit Neoplasma an der Zungenbasis.

Dr. St. Clair Thomson: Der Pat., ein 57jähriger Mann, wurde vor 27 Jahren mit Dolchstichen im Halse in das Throat-Hospital gebracht. Es fand sich Lähmung der rechten Zungenhälfte, geringere Lähmung der Oberkiefermuskeln rechts. Herabgesetzte Sensibilität und Paralyse der Abductoren und Adductoren im Larynx rechterseits, beträchtliche Verdickung des Thyreoidknorpels.

Mr. Morell Mackenzie bezog die Lähmungserscheinungen auf eine Verletzung von Vagusfasern, da nur durch Verletzung des Stammes sowohl motorische wie sensible Zweige betroffen werden könnten. Die offenbare Paralyse der rechten Zungenhälfte sprach für Verletzung des Hypoglossus. Die Paralyse der Temporalis und Masseter war schwer zu erklären, wenn man nicht eine gewisse Verdickung und Steifigkeit des Kiefergelenks anschuldigen wollte. Möglicher Weise jedoch war sie durch entzündliche Schwellung des Kopfes verursacht. Die Augen waren intact. Die Verdickung des Schildknorpels liess in Verbindung mit den anderen Symptomen auch an Verletzung einiger Zweige des oberen Cervicalganglions denken.

Pat. wurde „nahezu“ geheilt entlassen, ist aber nach seiner eigenen Angabe seit dem Jahre 1870 niemals frei von Stridor gewesen, so dass er weder etwas heben, noch laufen konnte.

Bei der Untersuchung jetzt findet sich völlige doppelseitige Posticus-

Digitized by Google

lähmung. Die Stimmbänder sind aber so schlaff, dass sie bei tiefer Inspiration zusammenfallen, bei der Exspiration bei Seite geschleudert werden. Es fragt sich, ob diese Lähmung mit der aus dem Jahre 1870 beschriebenen zusammenhängt, oder nicht vielmehr ein neuer Process ist, der mit einer zwei Jahre vor den Dolchverletzungen acquirirten Syphilis zusammenhängt. Papillen und Reflexe normal. Pat. kommt nicht wegen der Athembeschwerden, die in den letzten zehn Jahren besser geworden sind, sondern wegen Halsschmerzen und einer Kiefergeschwulst. Es findet sich eine kleine harte, ulcerirte Infiltration an der Zungenbasis rechts und der benachbarten Oberfläche des vorderen Gaumenbogens. Eine weiche, vergrösserte Drüse am Kieferwinkel. Jodkali ist ohne Erfolg genommen worden, so dass Verdacht auf ein malignes Neoplasma vorhanden sei.

Mr. Butlin meint, dass der Tumor an der Zungenbasis nicht wie Carcinom aussähe und möglicher Weise eine tertiäre Erscheinung sei.

Dr. Semon macht darauf aufmerksam, dass der verstorbene Morell Mackenzie nur immer von Lähmung der rechten Larynxseite gesprochen hat, während jetzt beiderseitige complete Posticuslähmung vorläge. Die wahrscheinliche Erklärung ist diese: es ist damals der Vagus verletzt worden; eine aufsteigeude Neuritis ist dazugetreten, die Erkrankung ist vom Vaguskern auf den Accessoriuskern, von diesem durch die Commissurfasern, die Lockhart Clarke nachgewiesen, auf den Accessoriuskern der linken Seite übergegangen, ist dann den Stamm des Nerven entlang gewandert und hat links gleichfalls Abductorenlähmung verursacht (Sir George Johnson's Theorie). Immerhin ist die Möglichkeit, dass alle die verschiedenen Nervenstörungen auf Gehirnsyphilis zurückzuführen seien, nicht auszuschliessen.

Subglottischer Tumor. Aphonie seit 22 Jahren.

Dr. Donelan: 33jährige Frau erlitt im Alter von 11 Jahren einen Anfall acuter Laryngitis, wonach ihre Stimme ein rauhes Flüstern wurde, welches bis jetzt nicht verändert ist.

Man sieht ein subglottisches Gewächs, wahrscheinlich ein weiches Fibrom, als Ursache der Aphonie. Ueberkreuzung der Aryknorpel, der linke legt sich vor den rechten, namentlich bei energischeren Phonationsversuchen. Das Gewächs selber hat die Gestalt einer grossen Erbse, ist nicht gestielt, aber so weit beweglich, dass es bei der Phonation zwischen die Stimmbänder dringt. Der Fall ist von Interesse, weil er zeigt, wie lange derartige Gewächse bestehen können, ohne ernste Symptome zu verursachen.

Mukocele des linken Sinus frontalis. Operation.

Dr. Bond: Eine Frau mit einer mehrere Jahre bestehenden Schwellung in der linken Stirnhälfte, starke Schmerzen beim Bücken, Schmerzen in der linken Nase und im linken Auge. Die Schwellung fühlt sich teigig weich an. Als Ursache wird ein Schlag angegeben. Bei der Operation fand sich der Sinus frontalis voll dicken Schleims, der Ductus naso-frontalis verstopft. Nach Herstellung freier Nasenpassage wurde die Wunde durch Nähte geschlossen und heilte prima intentione, ohne Deformitäten zu hinterlassen.

Dr. St. Clair Thomson fragt nach dem Vorkommen von Mukocelen in den Nebenhöhlen. Giraldès und Virchow haben beide nachge-

Digitized by Google

wiesen, dass der Ausdruck Hydrops antri geeignet ist, falsche Vorstellungen von den pathologischen Verhältnissen zu geben. Die Flüssigkeit, welche Kiefer- oder Stirnhöhle ausweite, sei in einer Blase oder Cyste enthalten, und der Schleim oder „Hydrops" sei Inhalt der erweiterten und dünnwandigen Cyste. Ob Jemand Erfahrung darüber hätte, dass eines allein durch Retention des normaler Weise abgesonderten Schleims erweitert sei.

Dr. Grant berichtet über einen Fall von cystischer Erweiterung des Antrum.

Mr. Baber erinnert an einen von ihm vorgestellten Fall von Mukocele, in dem nach der Operation durch Granulationswucherungen die Passage nach der Nase verstopft wurde. Er entfernte darauf die ganze vordere Wand des Sinus und die Schleimhautauskleidung. Pat. wurde mit beträchtlicher Deformität geheilt.

Rhinitis caseosa und Rhinolith.

Dr. Hill: 42jährige Frau klagt seit 5 Jahren über Verstopfung der rechten Nase, Foetor, Kopfschmerzen und rechtsseitige Taubheit. Die rechte Nase fand sich mit kittartiger Masse angefüllt, von der Consistenz des Vogelleims: nach Säuberung der Nase fand sich eine Septumperforation: die nasale Wand des Antrum und die untere Muschel fehlten. Im unteren Nasengang ein harter Körper, der zunächst für einen Sequester gehalten wurde: ein Stück wurde mit der Zange entfernt. Nach 8 Tagen fand sich die Nase wieder voll käsiger Massen: diese wurden entfernt und der fragliche Sequester weiter zerstückelt, wobei er sich als Rhinolith auswies. Nach völliger Entfernung des Rhinolithen in 3 Wochen unter antiseptischem Spray beträchtliche Verminderung der Käsemassen und des Foetor. Man sieht jetzt Granulationen und Krusten an der mittleren Muschel.

Granulationen und Knochenläsionen sind bei Rhinitis caseosa nicht selten. Für die Aetiologie der Rhinitis kommen nach Massei in Frage: 1) Abundante eitrige Secretion, 2) Abflussbehinderung, 3) Streptothrix album.

Der Rhinolith ist vermuthlich nicht Ursache, sondern Folge der käsigen Rhinitis.

Dr. Grant hat in einem ähnlichen Fall ein Stück Löschpapier als Nucleus gefunden. Dr. F.

II. Referate.

a) Otologische:

Zwei kleinere Mittheilungen. Von A. Lucae. (Arch. f. Ohrenheilkunde, Bd. 42, 3. und 4. Heft.)

1) Ueber eine einfache Schutzvorrichtung bei der Massage des Trommelfells.

Zur Unterstützung seiner Drucksonde wendet Lucae die pneumatische Massage mit Hilfe des kleinen Delstanche'schen Rarefacteurs an. Obgleich L. stets in vorsichtigster Weise mit sehr schwachem

Digitized by Google

Druck arbeitet, konnte er bei dieser pneumatischen Massage nicht selten recht erhebliche Verschlimmerungen der Schwerhörigkeit und der subjectiven Gehörsempfindungen wahrnehmen. Er führt diesen Umstand auf die zu energische Wirkung des Rarefacteurs zurück. Um solche Vorkommnisse auszuschliessen, empfiehlt L., dass man mit einer Scheere in dem Gummischlauche in der Nähe des Ohrstückes eine kleine Oeffnung anbringe. Die in dem Schlauche angebrachte Oeffnung wirkt wie ein Sicherheitsventil, und es bleiben dabei die pendelartigen Luftstösse noch hinreichend stark, um das Trommelfell in Bewegung zu setzen. Die Anwendung dieser Schutzvorrichtung ist ebenso beim Apparat von Wegener geboten.

2) Ueber eine einfache Methode, um beim Catheterismus Infectionen der Mittelohrschleimhaut durch Einblasen von Nasensecret zu vermeiden.

Lucae führt den Catheter unter gleichzeitiger Anwendung der Luftdouche in die Nase ein, wobei durch Fortblasen des Nasensecrets dessen Eindringen in den Catheter verhindert wird. Wegen der erforderlichen Technik eignet sich hierzu das Wasserstrahlgebläse oder der Doppelballon; mit dem einfachen Gummiballon ist diese Methode nicht ausführbar. Alt.

Beitrag zur Bestimmung der normalen Hörschärfe. Von Dr. Matte und Dr. Schultes in Jena. (Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 42, Heft 3 und 4.)

Die Autoren ermittelten auf Grund zahlreicher Untersuchungen eine Hörweite von 35—40 m für mittelstarke Flüstersprache bei Personen des ersten bis zum dritten Decennium. Alt.

---

1) **Das Hörvermögen der Taubstummen mit besonderer Berücksichtigung der Helmholtz'schen Theorie, des Sitzes der Erkrankung und des Taubstummen-Unterrichts.** Von Prof. Dr Bezold. (Wiesbaden, bei Bergmann.)

2) **Die Stellung der Consonanten in der Tonreihe.** (Erster Nachtrag zum „Hörvermögen der Taubstummen".) Von Prof. Dr. Bezold. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde XXX, 2.)

3) **Nachprüfung der im Jahre 1893 untersuchten Taubstummen.** (Zweiter Nachtrag zum „Hörvermögen der Taubstummen".) Von Prof. Dr. Bezold. (Zeitschrift f. Ohrenheilkunde XXX, 3.)

Ein Referat über vorstehend genannte Arbeiten kann nur zum Zwecke haben, die Leser auf das eingehende Studium derselben aufmerksam zu machen, welches ihnen eine Reihe neuer Thatsachen vorführen wird, die schon in physiologischer und pathologischer Hinsicht in hohem Maasse interessant, für den Unterricht der Taubstummen von weittragender Bedeutung zu werden versprechen. — Erst durch die von Bezold zusammengestellte continuirliche Tonreihe war es möglich geworden, in wirklich wissenschaftlicher Weise die bei Taubstummen etwa vorhandenen Hörreste festzustellen. Bekanntlich gestattet die continuirliche Tonreihe an der Hand genau abgestimmter Stimmgabeln und Pfeifen jeden Ton der mehr als 11 Octaven betragenden menschlichen Tonscala für sich einzeln zu prüfen. Die Töne von C_2

Digitized by Google

bis a" werden durch Gabeln mit verstellbaren Gewichten geprüft, von da mittelst gedackter Orgelpfeifchen mit verschiebbarem Stempel bis zur unteren Tongrenze des Galtonpfeifchens, welches dann den Rest der Scala umfasst. (Die Tonreihe wird in dem physic. Institut von Prof. Dr. Edelmann in München zum Preise von 400 Mk. hergestellt.) Zu der Frage, ob die Tonreihe in allen Lagen ausreichend stark sei, um auch schwache Hörreste aufzudecken, bemerkt B., dass ebenso wie bei Prüfung des Sehvermögens nicht Sonnenlicht, sondern das diffuse Tageslicht verwendet werde, so auch eine mittlere Tonintensität für die Hörprüfung genüge; denn die verwendeten Tonquellen standen für die Strecken, wo das Ohr überhaupt noch hörempfindlich war, bezüglich ihrer Stärke meist weit über der Empfindungsschwelle desselben; auch deckten sich die meisten Defecte in der Gehörscala nicht mit dem Gebiete der am schwächsten klingenden Gabeln, sondern sie befanden sich oft im Gebiete der hohen, das gesunde Ohr beleidigenden Pfeifentöne; sollte aber einmal ein Hörrest unaufgedeckt bleiben, so würde derselbe so schwach sein, dass er für den Taubstummenunterricht nicht mehr nutzbar gemacht werden könnte. Bei einer nach drei Jahren wiederholten Prüfung derselben Schüler mit einer wesentlich an Tonintensität verstärkten continuirlichen Tonreihe, wie sie neuerdings hergestellt wird, konnte B. seine früheren Befunde im Allgemeinen nur bestätigen.

Bezold unterzog im Jahre 1893 die 79 Zöglinge des Münchener Taubstummen-Instituts behufs Aufdeckung von Hörresten einer überaus genauen Prüfung, und zwar zunächst mit der continuirlichen Tonreihe. Da die Knochenleitung zu unsichere Resultate ergab, so wurde um so eher davon abgesehen, als der differentiell diagnostische Werth derselben hier nicht zur Geltung kommt, weil, wie B. nachzuweisen sucht, auch die schwersten Störungen des schallleitenden Apparates (vollkommene Fixation des Stapes, Ausstossung desselben, knöcherner Verschluss des runden Fensters) nicht im Stande sind, das Hörvermögen zu vernichten, bei der Taubheit der Taubstummen von vornherein also der Sitz derselben im nervösen Apparat zu vermuthen ist. Es fanden sich unter den 158 untersuchten Gehörorganen 48 total taube, jedoch nur 15 doppelseitig total taube Individuen; bei den partiell tauben Gehörorganen fanden sich 28 Mal Hörreste im Umfang von $2^1/_2$ Octaven bis zu nur zwei halben Tönen herab, sogen. Inseln; 20 Mal sogen. Lücken, d. h. Tondefecte von einem halben Tone bis zu $3^1/_2$ Octaven; 1 Mal fehlte der obere Theil der Scala bis zum g" bei intactem unteren Theile; 8 Mal war die obere und untere Tongrenze, die letztere stets in grösserem Umfange, eingeengt ($1—6^1/_2$ Octaven); 18 Mal bestanden grosse Defecte ($4^1/_2—7$ Octaven) am unteren Ende der Scala bei fast normalem oberen Theile; 33 Mal überraschend geringe Defecte am oberen wie unteren Ende (oben bis Galton 7, unten bis zu $^1/_2$ Octave) bei sonst intacter Scala. In Procent ausgedrückt fanden sich nur 19 pCt. der Untersuchten doppelseitig total taub, dagegen besassen ca. 80 pCt. ein- oder doppelseitige Hörreste. — Bei der Prüfung mittelst der Sprache ergab sich zunächst, dass von den für die ganze Tonscala total tauben Gehörorganen auch keines irgend einen Vocal oder Wort auch nur als Schall wahrgenommen hätte; bei den Fällen

Digitized by Google

mit Hörinseln, die der totalen Taubheit am nächsten stehen, fand sich mit einer Ausnahme auch kein Verständniss für sprachliche Laute, in der Hälfte der Fälle aber Schallgehör. Als unbedingt nothwendig zum Verständniss der Sprache erwies sich die grosse Sexte b'—g, doch konnte B. in der späteren wiederholten Prüfung dies Gebiet noch enger begrenzen, da in einem Falle trotz Zahlenverständnisses g', in einem anderen sogar f', fis'' und g'' fehlten. Erweist sich diese kleine Tonstrecke zum Sprachverständniss unbedingt erforderlich, so kann gleichwohl dieselbe völlig erhalten sein, auch die Hördauer der einzelnen Töne völlig genügen, und dennoch jedes Sprachverständniss fehlen. Besonders auffällig war dies bei einer grösseren Zahl jener Gehörorgane, die ausser geringen Defecten am oberen und unteren Scala-Ende sonst alle Töne percipirten und dennoch kein entsprechendes Hörvermögen für die Sprache zeigten. Für solche Fälle glaubt B. Störungen im centralen Gebiete des Sprachverständnisses annehmen zu müssen und dieselben unter das Krankheitsbild der sensorischen Aphasie einreihen zu dürfen. — Bei der vergleichenden Prüfung des Vocal- und Consonantenverständnisses mit dem im einzelnen Falle gegebenen Umfange der restirenden Hörstrecke stellte sich im Allgemeinen Uebereinstimmung mit den Annahmen betreffs der Stellung der Vocale und Consonanten in der Tonreihe heraus, wie sie physiologischerseits aufgestellt sind.

Als practische Schlussfolgerung seiner mühevollen Untersuchungen stellt B. die berechtigte Forderung auf, die mannigfachen Hörreste, welche sich bei den Taubstummen gefunden haben, nicht unverwerthet zu lassen, sondern durch sprachlichen Unterricht vom Ohre aus der reinen, nur durch Auge und Gefühl vermittelten Articulationssprache gleichsam durch Combination der gehörten Laute mit dem articulatorisch erlernten eine höchst wesentliche Ergänzung zu Theil werden zu lassen. „Ein solcher sprachlicher Unterricht hat an die vorhandenen Hörreste anzuknüpfen, und diese letzteren müssen vor Beginn des Unterrichts sowohl mittelst der continuirlichen Tonreihe, als mittelst einzelner Sprachlaute, als mittelst Prüfung auf etwaiges Wortverständniss festgestellt sein.“ Das B. für scharfe Trennung der total Tauben von denjenigen, welche noch Hörreste aufweisen, plaidirt, ist zu erwarten. Da gerade der obere Theil der Tonscala bei Taubstummen meist am besten erhalten zu sein pflegt, so empfiehlt B. fleissigen Umgang der Ertaubten mit Kindern und mündlichen Unterricht durch Frauen ihrer höheren Stimmlage wegen. Von einer methodischen Einübung vorhandener Hörreste durch Töne (Urbantschitsch) hat B. keine Erfolge gesehen.

Es ist dem verdienstvollen Autor die Genugthuung geworden, für seine Reformvorschläge auf dem Gebiete des Taubstummenunterrichts an maassgebendster Stelle Gehör zu finden. Das bayerische Cultusministerium hat die Einführung jener Reformen für die gesammten Anstalten des Königreichs angeordnet und dadurch die Möglichkeit gegeben, die Zweckmässigkeit der Vorschläge an einem grösseren Material zu prüfen. Keller.

Digitized by Google

Ueber Doppelmassage und ihre Wirkung bei Erkrankungen des Mittelohres. Von Dr. Alexander Iljisch aus St. Petersburg. (Arch. f. Ohrenheilk, Bd. 42, Heft 3 und 4.)

I. hat mit der von Jankau empfohlenen Doppelmassage sehr befriedigende Resultate bei den verschiedensten Formen der Mittelohrerkrankungen erzielt und konnte auch bei Labyrinthaffectionen einen günstigen Einfluss auf die subjectiven Gehörsempfindungen ausüben.

Alt.

Ohren- und Nasenuntersuchungen in der Taubstummenanstalt zu Hildesheim. Von Dr. G. Krebs in Hildesheim. (Arch. f. Ohrenheilk, Bd. 42, Heft 2.)

Der Autor weist auf die Klage der Taubstummenlehrer hin, dass trotz der grössten Sorgfalt bei einzelnen Schülern eine wenig befriedigende Sprache zu erzielen sei und dass die Ursache hiervon in Hindernissen liege, welche die Taubstummenlehrer nicht beseitigen können. K. hat im Jahre 1896 an 93 Zöglingen der Hildesheimer Provinzialtaubstummenanstalt Nase, Nasenrachenraum und Ohren untersucht und in 35,6 pCt. erheblichere Affectionen der Nase und des Rachens constatiren können. Auch die Zahl der Ohrenaffectionen, die einer fachärztlichen Behandlung bedürfen, war beträchtlich. Der Autor fordert einen otologisch und rhinologisch ausgebildeten Arzt für jede Taubstummenanstalt, der die Zöglinge bei der Aufnahme und während der Unterrichtsjahre zu untersuchen und behandeln habe. Alt.

Zur professionellen Taubheit. Ueber die Taubheit der Weber. Von E. N. Malutin. (Medicinskoje Obosrenje 1897, No. 1.)

Verfasser stellte genaue Untersuchungen des Gehörorgans bei 706 Arbeitern einer Weberei an und gelangt zu folgenden Resultaten:

1) Das Geräusch, bei dem die Weber arbeiten, bewirkt eine progressive Gehörsabnahme, die aber nicht zu völliger Taubheit führt;

2) sowohl die obere, als die untere Gehörsgrenze wird eingeengt;

3) es bestehen subjective Geräusche, die aber mit der Zeit abnehmen;

4) die Ursache der Gehörsabnahme ist in Veränderungen des percipirenden Apparates zu suchen;

5) das Verstopfen der Ohren während der Arbeit ist von grossem Nutzen.

Gorodecki.

Ueber den dauernden Verschluss überhäuteter Trommelfellöffnungen. Von Dr. med. Otto Barnick. (Arch. f. Ohrenhlk., Bd. 42, Heft 3 u. 4.)

Der Autor hat die von Okuneff empfohlene Methode, trockene Perforationen des Trommelfells durch Aetzung der Ränder mit Acidum trichloraceticum zum Verschluss zu bringen, nachgeprüft und sehr befriedigende Resultate erzielt. Einer Bemerkung des Verf.'s, „dass die Behandlung nur von Gomperz einer Nachprüfung unterzogen wurde", muss der Referent widersprechen und auf seine diesbezügliche Publication (M. f. O. 1897, No. 3) hinweisen. Alt.

Digitized by Google

b) Rhinologische:

Zur therapeutischen Verwerthung der „Electrolyse" in Nase und Nasenrachenraum. Von Dr. H. Hecht in Heidelberg. (Arch. f. Laryngologie etc. 1897, Bd. VI, Heft 2, pag. 229)

H. hat in der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke des Herrn Prof. Jurasz in Heidelberg 66 Fälle von Septumdeviationen, Spinen, Synechien, Combinationen von Deviation und Spina, Synechien und Faltenbildungen, von Nasen- und Nasenrachen-Tumoren, von Hydrorrhoea nasi und von genuiner Ozaena mittelst Electrolyse behandelt, einige Fälle auch aus rein kosmetischen Gründen, und sind die Erfolge vielfach befriedigend, jedenfalls geeignet, weitere Versuche anzuregen. Er verwendet eine Stöhrer'sche Tauchbatterie mit 20 Bunsen-Elementen, einen Rheostaten nebst Ampèrimètre und in der Nase und dem Nasenrachenraum — abgesehen von der Kupferelectrolyse bei Ozaena — ausschliesslich bipolare Electroden, die je nach der Applicationsstelle die entsprechende Krümmung haben. Als Hauptvorzüge der Methode macht er geltend: Geringe oder keine Schmerzhaftigkeit, Vermeidung jeglicher Blutung, meist keine reactive Entzündung und Schwellung, keine Störung der Berufsthätigkeit, keine Nachbehandlung, keine Perforation, Schleimhautverluste, grosse Narben, Synechien und secundäre Infection von der Applicationsstelle aus. Sie kann bei jedem Patienten, auch bei anderweitiger ernsterer Erkrankung, bei Graviden ohne jegliche Nebenwirkung, sowie auch bei Kindern angewendet werden. Nachtheile sind: Relativ lange Behandlungsdauer, nicht sofortige Beseitigung des Athemhindernisses und nicht sofortiges Verschwinden der Reflexsymptome, wie es bei anderen Behandlungsmethoden bisweilen der Fall ist. Was die Kupferelectrolyse zur Bekämpfung der Ozaena anlangt, so ist sie nach H.'s Ausspruch zwar kein Specificum, doch scheint sie neben den regelmässigen Nasendouchen einen entschieden günstigen Einfluss auszuüben, der sich in Aenderung der Secretion und insbesondere Verminderung, sogar Verschwinden des Fötors äussert. Beschorner.

Papilloma durum der Nasen- und Stirnhöhlenschleimhaut. Uebergang in Carcinom. Mit Rücksicht auf die Casuistik des harten Papilloms. Von Dr. L. Hellmann in Würzburg. (Arch. f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, Heft 2, p. 171.)

Harte Papillome der Nasenscheidewand, d. h. Nasengeschwülste, die, wie die harten Warzen der Haut, wie die Papillome der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfs, mit dickem Pflasterepithel bedeckt sind, müssen, wenn man von denjenigen des Naseneinganges absieht, als ausserordentlich seltene Gebilde angesehen werden. Das lehrt die, von H. sorgfältigst gesichtete und citirte Literatur. Dass sich dergleichen Papillome aber bis in die Stirnhöhle verlieren, ist ein bisher wohl noch kaum beschriebener Befund. Einen derartigen, genau beobachteten Fall beschreibt H. Er betrifft einen $46^1/_2$jährigen Mann, welcher seit ca. 12 Jahren an Geschwülsten in der Nase litt und vielfach operirt werden musste. Da die Geschwulstbildung mehr und mehr nach den Stirnhöhlen übergriff und das Krankheitsbild mehr und mehr

Digitized by Google

durch Erscheinungen beherrscht wurde, welche sich alle auf Stirnhöhlenempyem zurückführen liessen, so musste zur Eröffnung und Ausschabung dieses geschritten werden. Die Beschwerden schwanden hierauf, doch nur auf kurze Zeit. Es bildeten sich neuerdings Wucherungen, und acht Wochen nach der ersten musste die abermalige Aufmeisselung und Ausräumung der Sinus frontales vorgenommen werden. — Während nun damals harte Papillome in der Stirnhöhle sich fanden, ergab die Exploration der jetzt operirten mit Sicherheit Carcinom. Ob ein Zusammenhang zwischen den beiden Geschwulstarten bestand und welcher, ist schwer zu sagen, schwer auch, ob die harten Papillome von vornherein nicht bösartig waren, indessen glaubt H., dass nach seinen Untersuchungen ihre primäre Gutartigkeit histologisch und klinisch sicher erwiesen sei. Wann die Umwandlung stattfand, ist nicht bestimmbar, ebensowenig ihre specielle Ursache. Beschorner.

Ueber warme Abscesse der Nasenscheidewand. (Des abcès chauds de la cloison nasale.) Von Dr. Gouguenheim. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Ziemlich seltene Fälle trotz gegenseitiger Behauptung. Trauma bei Kindern ist die gewöhnlichste Ursache, bei Erwachsenen meistens auch; der Abscess befindet sich immer an der unteren vorderen Hälfte des Septums. Gewöhnlich doppelseitig. Diagnose leicht. Behandlung besteht in der Eröffnung, wobei man oft tief einschneiden muss. Verf. giebt sieben hierher gehörige Krankengeschichten. Dr. P. K.

Die Resection der facialen und der nasalen Wand der Kieferhöhle mit Einstülpung von Nasenschleimhaut in die letztere zur Heilung hartnäckiger Kieferempyeme. Von Dr. G. Bönninghaus in Breslau. (Arch. f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, Heft 2, p. 213.)

Genaue Beschreibung der durch die Ueberschrift gekennzeichneten Methode, welche als Vervollkommnung der zuerst von Küster zielbewusst vorgenommenen breiten Eröffnung der Höhle durch Resection ihrer vorderen, facialen, von der Wange total bedeckten Wand zu gelten hat. Mittheilung der Kranken- und Operationsgeschichten dreier derart geheilten Fälle: 1) von Stirn-Kieferhöhlenempyem rechts, elf Jahre; 2) von Stirn-, Siebbein-Kieferhöhlenempyem links, sechs Jahre; 3) von Kieferhöhlenempyem links, sechs Jahre bestehend. Als Schlussfolgerungen seiner Arbeit ergeben sich folgende: In vielen Fällen von Kieferhöhlenempyem führt die Behandlung von der natürlichen Oeffnung, von der Alveole oder vom untern Nasengange aus zur Heilung. Ein Theil der hierdurch nicht geheilten Fälle heilt noch nach der breiten Eröffnung der vorderen Wand vom Munde aus mit localer Auskratzung der Höhle. Ein anderer Theil aber heilt so nicht; es sind Fälle, in denen die Schleimhaut diffus erheblich verändert ist. Hier muss nach breiter Eröffnung die Höhle vollkommen ausgekrazt, kann aber meist nur durch die obenbeschriebene Methode zur Ueberhäutung und Heilung gebracht werden. Beschorner.

Digitized by Google

Ein Fall von Kleinhirnabscess nach eiteriger Otitis media. Von Th. Th Wulff. (Wratsch 1897, No 6. Sitzungsbericht der russischen chirurgischen Pirogoff-Gesellschaft.)

Verf. berichtet über einen 29jährigen Pat., bei dem seit zwei Jahren Otorrhoe bestand und der mit bereits bestehenden Hirnerscheinungen in das Obuchow-Spital aufgenommen wurde. Bei der Operation kam eine ganze Reihe von Eingriffen zur Ausführung: Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, Eröffnung des Sinus, Eröffnung der mittleren und hinteren Schädelgrube mit Punction der vorliegenden Hirnpartien. Es gelang endlich, in der rechten Kleinhirnhemisphäre auf einen Abscess zu kommen, der eröffnet und drainirt wurde. Heilung im Verlauf eines Monats. Gorodecki.

Eine Choanenzange. Von Dr. P. J. Mink in Zwolle (Holland) (Archiv f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, pag 160.)

Der Jurasz'schen ähnliche Zange mit gefensterten Branchen, die geschlossen etwa die Dicke eines starken Catheters hat und wie dieser durch den unteren Nasengang eingeführt wird. Hart an den hinteren Muschelenden kann man so Polypen und polypöse Wucherungen fassen. Die innere scharfe Kante des Fensters ist bestimmt, sie abzukneifen, die äussere stumpfe, sie festzuhalten und beim Zurückziehen des Instrumentes mitzunehmen. Bei gestielten Polypen gelingt dies leicht; breit aufsitzende Wucherungen werden so zum Theil abgeschnitten, zum Theil abgerissen. Beschorner.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Anwendung der Röntgenstrahlen bei der Diagnose der Lungentuberculose. (Les rayons de Röntgen appliqués au diagnostic de la tuberculose pulmonaire.) Von Dr. Ch. Bouchard. (Académie des sciences de Paris, séance du 14. décembre und Semaine médicale 1896, No. 64.)

In einer früheren Sitzung hat Verf. gezeigt, dass pleuritische Exsudate die Röntgenstrahlen theilweise aufhalten und bei der radioscopischen Untersuchung die kranke Seite durch Verdunkelung der entzündeten Stelle andeuten, welche dann mit der hellbeleuchteten gesunden Seite constratirt. Fährt man in diesen Untersuchungen fort, so sieht man bei demselben Kranken die Lungenspitze in einem grösseren Umfange heller werden, je mehr das pleuritische Exsudat abnimmt. Bei einem Kranken aber blieb die Lungenspitze dunkel, während unterhalb der Spitze der Thorax sich klärte und um so mehr, je weiter das Exsudat abnahm; als die Resorption des Ergusses sich fast total gemacht hatte, blieb die Lungenspitze immer dunkel. Man musste also annehmen, dass die Lungenspitze verdichtet sein müsse, und in der That ergaben bald die Auscultation und Percussion eine beginnende Lungeninfiltration, welche Anfangs durch das pleuritische Exsudat verborgen, durch die Radioscopie aber zuerst entdeckt wurde.

Die radioscopische Untersuchung bei Tuberculösen ergab immer eine Verdunkelung, welche an Ausdehnung immer den auscultatorischen

Digitized by Google

Erscheinungen entsprach; in zwei Fällen ergaben weisse Flecke in Mitte des Dunkelen das Vorhandensein von Cavernen, welche dann auch mittelst Percussion und Auscultation festgestellt wurden. Wenn in einigen Fällen von Pulmonalcavernen die Radioscopie ein negatives Resultat ergab, so muss man annehmen, dass die betreffenden Cavernen mit Secret angefüllt waren (der Ref.). Bei einem Kranken sogar ergab die Radioscopie Lungentuberculose, bevor der Koch'sche Bacillus microscopisch nachgewiesen werden konnte und als die percutorischen und auscultatorischen Symptome noch negative waren. Dr. P. K.

Aussergewöhnliches Ereigniss bei der Intubation. (Accident singulier dans un cas d'intubation.) Von Dr. N. L. Wilson. (The laryngoscope und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No 14.)

Bei einem 3jährigen, mit Papillomen behafteten Kinde musste die Tracheotomie behufs Exstirpation des Tumors gemacht werden. Recidive nach einigen Monaten. Operation und nochmalige Recidive. Man intubirte bei noch liegender Canüle. Eines Tages entfernte die Wärterin die innere Canüle; das untere Ende des Intubationsrohres fing sich im Fenster der äusseren Canüle, das obere Ende desselben Rohres neigte sich nach hinten zum Oesophagus, so dass das Rohr nicht mehr durch den Mund entfernt werden konnte; der eingeführte Zeigefinger konnte das Rohr deutlich im Oesophagus fühlen. Es fand kein Erstickungsanfall statt; die Trachea musste unterhalb der Canüle senkrecht eingeschnitten werden, und dann gelang es erst, die Canüle mit dem Rohr durch die so erweiterte Trachealwunde herauszuziehen. Das Kind hat noch immer sein Papillom und trägt noch immer eine Trachealcanüle.

Dr. P. K.

Die intralaryngeale Behandlung des Kehlkopfkrebses. Von Prof. Dr. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, Heft 2, pag. 361.)

F. berichtet über 9 von ihm intralaryngeal operirte Fälle von Carcinoma laryngis, und zwar 8 Männer im Alter von 49—73 Jahren und eine Frau von 53 Jahren betreffend. Davon sind geheilt 5, und zwar einer seit 13, einer seit 10, einer seit 9, einer seit $1^1/_4$ und einer seit 6 Jahren; ersterer, nachdem mehrere Recidive und eine Drüse entfernt waren. 1 Fall entzog sich weiterer Beobachtung, 2 Fälle mussten später mittelst Laryngofissur operirt werden. Davon starb einer an Apoplexie, aber mit gesundem Kehlkopf 2 Jahre nach der Operation; einer an Drüsenrecidiv. Ein Patient starb an Kehlkopfkrebs nach der Tracheotomie ohne andere äussere Operation 4 Jahre nach dem ersten intralaryngealen Eingriff. Darnach müssen die Resultate F.'s als ausserordentlich günstige bezeichnet werden. Was die von anderen Autoren gemachten (30) diesbezüglichen Beobachtungen anlangt, so können, nach Abzug von 8 nicht zu verwerthenden Fällen, 22 in Betracht kommen. Es heilten davon 12; sicher gleichfalls ein glänzendes Resultat, zumal die Heildauer zwischen 6 Monat bis 22 Jahre, meist mehrere Jahre, betrug. Aus all' den genannten Ergebnissen und seinen sonstigen Erfahrungen zieht F. folgende Schlüsse: Die Operation ist durchaus

Digitized by Google

ungefährlich, ihr Erfolg ist allen anderen Operationsarten überlegen; Vorbedingung ist die Möglichkeit, mittelst des intralaryngealen Eingriffs alles Kranke zu entfernen und bis in das Gesunde vorzudringen; wo dies nicht möglich, muss die Laryngofissur Platz greifen; niemals darf es durch die intralaryngeale Operation dahin kommen, dass eine Totalexstirpation nöthig wird, wo man früher mit einer theilweisen Exstirpation ausgereicht hätte. Und auch wenn die Laryngofissur nach der intralaryngealen Operation nöthig wird, darf dieselbe nicht mehr zu entfernen bekommen, als sie vor dem intralaryngealen Eingriffe hätte entfernen müssen. Beschorner.

Ueber Larynxcatarrh bei masernkranken Kindern. (De la laryngite morbilleuse des enfants.) Von Dr. A. Muggia. (Riv. ital. di terap. und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 14.)

Verf. giebt drei schwer verlaufende Fälle, welche alle drei sich bei Eintreten des Exanthems besserten. Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Bei den Kindern besteht eine Art von Laryngitis acuta, welche als einziges Prodromalsymptom der Masern bestehen kann; diese Laryngitis kann oft gefahrdrohend sein, gewöhnlich tritt in solchen Fällen Besserung bei Erscheinen des Exanthems ein. 2) Diese Laryngitis kann mit Coryza, mit Pharyngitis und Bronchitis das einzige Symptom der Masern darstellen. Dr. P. K.

Nutzen der directen Untersuchung der Epiglottis bei diphtheritischen Kindern. (Utilité de l'inspection directe de l'épiglotte chez les enfants diphteritiques.) Von Dr. G. Variot. (Journal de clinique et de thérapeutique infant. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 12.)

Verf. giebt den Namen von „Epiglottissymptom" dem Vorhandensein des Exsudates an dem Epiglottisrande. Man sieht selbes während des Lebens, wenn man mit dem Zungenspatel eine Würgbewegung hervorruft; bei der Section sieht man dann, dass dieser von Exsudat bedeckte Epiglottisrand die Fortsetzung des die hintere Epiglottisfläche bedeckenden Exsudates ist. Das Feststellen dieses Symptoms ist wichtig bei Croup ascendens, wo man dann die bacteriologische Untersuchung nicht abzuwarten braucht. Dr. P. K.

Ueber eine Methode der Entwickelung der Singstimme mittelst Stimmgabeln und deren Anwendung zur Behandlung der Stimmband-Paresen. Von E. N. Malutin. (Medicinskoje Obosrenje 1896, No. 23.)

Bei Gelegenheit zahlreicher Gehörsuntersuchungen mittelst der Bezold'schen continuirlichen Tonreihe machte Verf. die Beobachtung, dass die Vibrationen einer in der Hand gehaltenen tönenden Stimmgabel sich auf Vorderarm und Arm und selbst auf den Brustkasten fortpflanzen. Letzterer resonirt dabei stark, wovon man sich durch Auscultation überzeugen kann. Es zeigte sich weiter, dass auch die auf einen gewissen Ton gespannten Stimmbänder unter dem Einfluss einer denselben Ton erzeugenden Stimmgabel leichter vibriren, mit anderen Worten, wenn man sich eine tönende Stimmgabel auf den Kopf aufsetzt, so kann man den betreffenden Ton viel leichter singen

Digitized by Google

als sonst. Nach mehrfachem Wiederholen des Experimentes kann der betreffende Ton zur bleibenden Errungenschaft der Singstimme werden. Dies erfuhr Verf. an sich selbst, sowie an anderen Personen, darunter auch geschulte Sänger, die Dank den beschriebenen Uebungen ihren Stimmumfang vergrössert zu haben behaupteten.

In weiterer Uebertragung der gewonnenen Resultate auf therapeutisches Gebiet versuchte nun Verf. bei functioneller resp. hysterischer Aphonie sein Verfahren zu verwerthen. Er theilt die Krankengeschichte eines 15jährigen hysterischen, seit zwei Jahren aphonischen Mädchens mit, wo alle Behandlungsmethoden erfolglos blieben und nur Uebungen mittelst Stimmgabeln die erwünschte Heilung brachten.

Gorodecki.

Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper bei einem sechs Monate alten Kinde. (Oesophagotomie externe pour corps étranger chez un enfant de six mois.) Von Dr. Broca. (Société de chirurgie de Paris, séance du 2. décembre 1896 und Semaine médicale 1896, No. 62.)

Eine vor 14 Tagen verschluckte Brosche wurde mit Erfolg durch erwähnte Operation entfernt. Verf. betont die Schwierigkeit der Diagnose, da nur Schlingbeschwerden bestanden, der Fremdkörper selbst aber nicht festgestellt wurde. Dr. P. K.

Anwendung der Radioscopie zur Diagnose der Erkrankungen der Brustorgane. (Application de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax.) Von Dr. Ch. Bouchard. (Académie de médecine de Paris, séance du 28. décembre 1896 und Semaine médicale 1896, No. 65.)

In mehreren Fällen verrieth die Radioscopie kranke Lungentheile, bevor die Auscultation und die Percussion ihre Resultate ergaben. In einem Falle zeigte die Radioscopie die ganze linke Thoraxhälfte verdunkelt; es konnte sich also nur um linksseitiges pleuritisches Exsudat oder um tuberculöse Infiltration der ganzen linken Lunge handeln; da das Mediastinum nicht nach rechts verschoben war, nahm B. tuberculöse Infiltration an; die jetzt erst vorgenommene Auscultation und Percussion nebst bacteriologischer Untersuchung der Sputa bestätigten die Diagnose der tuberculösen Infiltration. Die Radioscopie liess in einem anderen Falle rechts von der Wirbelsäule einen Tumor erkennen, welcher durch Trachcobronchialdrüsenschwellung gebildet war. In einem anderen Falle bestanden Pulsationen neben dem rechten Sternalrande; es war nach oberflächlicher Untersuchung ein Aortenaneurysma diagnosticirt worden; die Radioscopie ergab eine Verdunkelung am rechten Sternalrande; am linken Sternalrande aber, also an der Stelle, wo gewöhnlich die Herzverdunkelung besteht, war totale Helle; eine genauere physicalische Untersuchung gab nun der Radioscopie Recht und es wurde eine einfache Ectopie des Herzens ohne Aneurysma diagosticirt. Außerdem wurden Aneurysmata der Aorta und anderer Arterien durch die Radioscopie entdeckt. Bei Unterleibskrankheiten hat bis jetzt die Radioscopie wenig befriedigende Resultate ergeben. Verf. hofft bei Anwendung stärkerer Ströme zu günstigeren Resultaten zu kommen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Experimentelle Beiträge zur Lehre von der „Posticuslähmung". Von Dr. M. Grossmann in Wien. (Archiv für Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, Heft 2, pag. 282.)

Nach einem historischen Rückblick auf die Entstehung der Lehre, welche unter dem Namen des „Semon'schen Gesetzes" bekannt ist, dass nämlich bei acuten und chronischen Erkrankungen oder Verletzungen der Centren oder Stämme der motorischen Kehlkopfnerven es stets zu einer isolirten primären resp. hochgradigeren Lähmung der Glottiserweiterer kommt, wenn die Verletzung oder Erkrankung entweder eine unvollkommene oder eine allmählich beginnende und fortschreitende ist, und dass sich zu dieser primären Lähmung der Abductoren eine consecutiv auftretende paralytische Contractur der Adductoren gesellt — nach eingehender Analyse dieser Lehre und Beleuchtung der Hypothesen anderer Autoren über die Adductionsstellung der Stimmbänder bei Recurrenslähmung, insbesondere auch der Krause'schen Krampftheorie und der Versuche von R. Wagner im Jahre 1890, welche diesen zu der Behauptung führten, dass die Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung nicht durch die Wirkung der vom Nerv. laryngeus infer. versorgten Muskeln, insbesondere nicht durch die Wirkung der Adductoren, sondern einzig und allein durch den M. crico-thyreoideus bewirkt werde, kommt G. zu seinen eigenen Versuchen. Dieselben verfolgen den Zweck, jene allgemein acceptirte Lehre (Semon'sches Gesetz) schon wegen der wichtigen und weitgehenden Schlussfolgerungen, welche aus derselben gezogen wurden, einer abermaligen Prüfung zu unterziehen. Vor Allem war die Frage zu beantworten: „Warum steht das Stimmband bei organischen Erkrankungen des Recurrensstammes oder seiner Centren in Adductions- und nicht in Cadaverstellung?" Dies zu prüfen, nahm G. mit einem, von S. Exner construirten Instrumente Messungen der Glottisweite vor, zunächst bei erhaltenen Kehlkopfnerven, dann bei der Reihe nach einzeln durchschnittenen Nerven (zehn Versuche bei Hunden, zehn bei Katzen), und liessen sich aus den gewonnenen Resultaten folgende Thatsachen ableiten: dass die Stimmbänder nach Durchschneidung der Nn. recurrentes in allen Fällen hochgradig adducirt werden, wie dies schon von früheren Autoren richtig angegeben wird und dass die Annahme, das Stimmband müsse nach Lähmung sämmtlicher vom N. recurrens innervirten Muskeln in der Cadaverstellung stehen, so dass demnach die andere Position auf die noch fortbestehende Function einzelner von diesen Nerven versorgten Muskeln hindeute, sich als falsch und unhaltbar erwiesen hat. Aus der Adductionsstellung der Stimmbänder darf unter allen Umständen allein noch nicht auf eine isolirte Posticuslähmung geschlossen werden. Mit alledem, meint G., sei der Nachweis erbracht, dass die eigenthümliche und als räthselhaft erschienene Adductionsstellung der Stimmbänder nach Recurrenslähmung weder als eine „primäre Posticuslähmung" noch als ein „Krampf der Adductoren" gedeutet werden könne. Hierauf unterzieht G. noch das Zustandekommen genannten Larynxbefundes und den weiteren Verlauf des ganzen Processes einer Analyse und kommt zu dem Schlusse, dass wohl in der bisherigen Lehre von der „primären Posticuslähmung" die Angabe richtig sei: „bei organischen Erkrankungen des N. recurrens

Digitized by Google

— sei es in seinem peripheren Verlaufe oder aber in seinem centralen Ursprunge — steht das Stimmband im Beginne des Processes stets in Adductionsstellung", dass aber im Uebrigen kaum ein Satz in jener Lehre einer eingehenden Prüfung Stand zu halten vermöge, und wenn auch die Arbeit Semon's immerhin eine hervorragende, verdienstvolle wissenschaftliche Leistung sei, doch seine Schlussfolgerungen als unhaltbar erklärt werden müssten.

Die interessante Arbeit, die in ausführlichster und objectivster Weise eine Frage behandelt, welche seit nunmehr 20 Jahren Gegenstand der eifrigsten Forschung der Laryngologen nicht nur, sondern auch einer Reihe der hervorragendsten Physiologen geworden ist, verdient in hohem Maasse in extenso gelesen zu werden.

Beschorner.

Ueber den Kampf gegen die Diphtheritis. (De la lutte contre la diphtérie.) Von Dr. C. Fränkel. (Berliner klinische Wochenschrift und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 9.)

In der 21. Sitzung der deutschen Gesellschaft für öffentliche Hygiene zu Kiel räth Verf. folgende Punkte an: Genaueste Untersuchung auf den Löffler'schen Bacillus; Bekanntmachen aller Fälle und ihre Isolirung bis zu vollständigem Verschwinden der Bacillen; Desinfection der Umgebung; die Umgebung soll sich prophylactisch gurgeln; Anwendung des Behring'schen Serums. Dr. P. K.

Einseitige Larynxlähmung durch Verletzung des Accessorius Willisii. (Laryngoplégie unilatérale par lésion traumatique du spinal.) Von Dr. Molinié. (Société française d'otologie et de laryngologie, 6. Mai 1897 und Semaine médicale 1897, No. 22.)

Seltene Fälle. Bei einem Selbstmordversuch machte Patient mit der linken Hand einen Schnitt in den Nacken. Die 5 cm tiefe Halswunde erreichte den inneren Ast des Accessorius. Die Folgen davon waren halbseitige Lähmung des Gaumensegels, eine Parese des Constrictor pharyngis und eine Lähmung des Stimmbandes derselben Seite.

Dr. P. K.

Beobachtungen über die Wirkung des Antidiphtherieserums als therapeutisches und prophylactisches Mittel. Von R. Sektorow. (Medicinskoje Obosrenje 1896, No. 19.)

Verf. berichtet über 78 Scharlachfälle, die 1895 im Moskauer zweiten städtischen Hospital behandelt wurden. Dieselben waren alle mit Diphtherie complicirt, die sich bacteriologisch meist als Mischinfection durch Löffler'sche und Streptococcen erwies. Durch Vergleich mit einer früheren Epidemie kommt Verf. zum Schluss, dass die Serumbehandlung in jeder Beziehung den Process günstig beeinflusst, selbst auf die Albuminurie resp. Nephritis günstig einwirkt. Weniger glücklich scheint Verf. mit seinen Präventivimpfungen gewesen zu sein.

Gorodecki.

Digitized by Google

Extraction eines Fremdkörpers des Oesophagus durch die Radiographie entdeckt. (Extraction d'un corps étranger de l'oesophage rendue manifeste par la radiographie.) Von Dr. Péan. (Académie de médecine de Paris, séance du 8. décembre 1896 und Semaine médicale 1896, No. 62.)

Ein vor zehn Tagen verschlucktes Fünfcentimesstück wurde bei einem 4jährigen Kinde durch die Oesophagotomia externa entfernt. Es war vorher durch Radiographie festgestellt worden, dass das kupferne Fünfcentimesstück (etwa so gross wie die neuen aus Nickel geprägten Zwanzigpfennigstücke, Ref.) am Thoraxeingang in dem oberen Theile des Oesophagus sich befand. Dr. P. K.

Gewichtsbestimmungen an den Kehlkopfknorpeln und über den Gehalt derselben an Trockensubstanz, Fett und Aschebestandtheilen. Von Dr. H Bergeat in München. (Arch. f. Laryngol etc. 1897, Bd. VI, H ft 2, p. 198.)

Die Ergebnisse sind in fünf Tabellen geordnet (Gewicht der frischen Knorpel. Trockensubstanz in pCt. vom frischen Knorpel. Trockensubstanz nach Abzug von Asche und Fett in pCt. Aschegehalt der frischen Knorpel in pCt. Fettgehalt der frischen Knorpel in pCt.) und ist besonders berücksichtigt, ob die Knorpel männlichen oder weiblichen, tuberculösen oder nicht tuberculösen Individuen entstammen. Zweck der Untersuchungen war es, mittelst der Waage das Wachsthum des menschlichen Kehlkopfgerüstes, die Spielarten der Gewichtsvertheilung besonders bei den verschiedenen Geschlechtern, endlich das quantitative Verhalten der Kalkablagerungen kennen zu lernen. Letzteren Punkt anlangend, so ist wohl eine, wenn auch sehr unregelmässige Zunahme der Aschebestandtheile mit den Jahren zu constatiren. Der Beginn der Verkalkung aber resp. Verknöcherung kann weit früher eintreten, als mit Chievitz im Allgemeinen angenommen wird. Was die Bedeutung der Verknöcherung betrifft, so ist B. der Ansicht, dass es sich hierbei um einen physiologischen Vorgang handelt, dass die initialen Verknöcherungspunkte sich meist an Regionen finden, welche jeweils der Anheftestelle einer Bandmasse oder eines Muskels entsprechen, dass diese Verknöcherungen abhängig sind von den ziehenden Kräften und dass die Verschiedenheiten der Verknöcherungsfiguren, wie sie besonders am männlichen und weiblichen Schildknorpel auftritt, als der Effect eines verschieden gearteten Muskelspieles bei den einzelnen Menschen anzusehen sind. Beschorner.

Ueber Vaguslähmung nach Influenza. (De la paralysie du vague consécutive à l'influenza.) Von Dr. Seiffert. (Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 52.)

Seit den ältesten Zeiten ist der Einfluss der Influenza auf die Nervencentren und die peripheren Nerven bekannt. Verf. giebt die Geschichte dieses Einflusses, mit den Psychosen beginnend. Verf. giebt die Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles, wo es sich um eine Lähmung des rechten Vagus handelte, welche spontan nach fünf Wochen heilte. Dr. P. K.

Digitized by Google

Der Musculus ventricularis des Menschen. Von Dr. M. Steinlechner und Dr. C. Tittel. (Aus dem Institute des Herrn Hofrath Toldt an der k. k. Universität in Wien. Sitzungsbericht der k. Akademie der Wissenschaften vom 11. März 1897.)

In sehr exacter Weise suchen die Autoren an der Hand von 70 untersuchten Kehlköpfen die Anatomie der Musculatur des Taschenbandes einer endgiltigen Lösung zuzuführen.

Nach Besprechung der einschlägigen Literatur folgt die Beschreibung der Verhältnisse, wie sie an den Präparaten festgestellt werden konnten. Im Gegensatze zu früheren Autoren, die sich eingehend mit diesem Gegenstande befasst haben, und nach genauem anatomischen Studium der einzelnen Faserzüge und ihren Beziehungen untereinander, gelangen Steinlechner und Tittel zu folgendem Schlusse.

Der Taschenbandmuskel stellt mit Rücksicht auf den durch bogenförmige Fasern gegebenen constanten Zusammenhang mit dem M. thyreoarytaenoideus inferior einen Abkömmling dieses Muskels dar. Dazu kommen die vom Aryknorpel mit den Insertionsfasern des M. thyreoarytaenoideus inferior stehenden und sagittal im Taschenbande verlaufenden Muskelbündel.

Was die Wirkung des Taschenbandmuskels anlangt, so ist dieselbe nach dem anatomischen Befunde klargestellt. Der sagittale Antheil des Muskels wird die Taschenbänder bei seiner Contraction der Mediane nähern, der Grad dieser Annäherung hängt jedoch von dem vorderen Ansatze dieser Bündel an der Epiglottis ab, indem durch das Höherrücken desselben an der Epiglottis die Annäherung geringer wird.

Die vom M. thyreo-arytaenoideus inferior bogenförmig in das Taschenband aufsteigenden Fasern tragen zu dieser Annäherung bei, sind aber vorwiegend dazu bestimmt, das Taschenband dem Stimmbande zu nähern, um bei ihrer Geradestreckung die Concavität der Epiglottis zu verkleinern.

Die Autoren stimmen in dieser Hinsicht mit Rüdinger überein, ohne die Deutung Schimanovsky's zu acceptiren.

Die Ansicht von Luschka, der in den falschen Stimmbändern einen Schufapparat für die tieferen Partien des Kehlkopfes sieht, scheint um so mehr gesichert, als dies einen Muskel mit bestimmten Functionen voraussetzt, wie ihn die Autoren auch in den meisten Fällen fanden. Geschlechtsunterschiede konnten nicht constatirt werden.

Den Untersuchungen an menschlichen Kehlköpfen folgen noch weiter die von zwei anthropomorphen Affen, eines Pavians und eines Mandrillen. Zwei Tafeln mit zehn instructiven Figuren erhöhen den Werth der sorgfältigen Arbeit. Dr. Heller.

Fremdkörper im Oesophagus. Von Dr. Hochenegg. (K. K. Gesellschaft der Wiener Aerzte, Sitzung vom 6. December 1896.)

Der sehr interessante Fall zeichnete sich dadurch aus, dass, obwohl der Patient mit Sicherheit einen Fremdkörper verschluckt hatte und stets über quälende Schmerzen in der Speiseröhre in der Höhe des Larynx klagte, der Oesophagus für die dickste Sonde passirbar war, dass es dann weiter zu abundanten Blutungen kam, durch welche der Patient rapid verfiel, dass die Beurtheilung des Falles noch dadurch

Digitized by Google

getrübt wurde, dass auf der rechten Seite eine ödematöse Schwellung des Halses, auf der linken Seite eine mannsfaustgrosse Struma bestand, weshalb zuerst rechts operirt wurde, ohne auf einen Fremdkörper oder auf die Quelle der Blutung zu stossen; dass endlich nach intracapsulärer Strumectomie auf der linken Seite ein eitriges Infiltrat gefunden wurde, dem folgend man auf eine über wallnussgrosse, genau hinter dem Oesophagus mit stinkender Jauche erfüllte Höhle gelangte, in welcher der Fremdkörper (die Hälfte des sogenannten Gabelbeines eines Huhnes) lag, nachdem er den Oesophagus vollkommen verlassen hatte. Hier wurde auch die Quelle der Blutung, eine arrodirte, varicös erweiterte Oesophagusvene, gefunden und durch doppelte Umstechung der letzteren beseitigt. Heilung in zwei Wochen. (Wiener medicin. Presse 1896, No. 49.) Dr. P. K.

Thyrotomie wegen Epithelioma des Stimmbandes. (Thyrotomie pour epithélioma de la corde vocale.) Von Dr. Hunc und Dr. Paul. (Lancet und Revue hebdomadaire de laryngol. und d'otolog. 1897, No. 14.)

Heilung mit Integrität der Stimme. Dr. P. K.

Parachlorphenol als localtherapeutisches Mittel bei tuberculösen Erkrankungen des Kehlkopfs und seine desinficirenden Eigenschaften gegenüber den Reinculturen der Tuberkelbacillen und dem Sputum Tuberculöser. Von A. E. Spengler. (Referirt im Medicinskoje Obosrenje 1897, No. 21.)

Verf. untersuchte das Parachlorphenol klinisch und experimentell. In letzterer Beziehung erwies sich, dass 2proc. wässerige Lösungen bereits nach fünf Minuten Reinculturen abtödten, Sputum erst nach zwei Stunden. Die klinischen Untersuchungen am 26 Larynxphthisikern und einem Fall von Lupus der oberen Luftwege ergaben Folgendes: 1) Glycerinlösungen von Parachlorphenol (10 pCt. bis 100 pCt.) als Pinselungen angewandt rufen Vernarbung oberflächlicher und tiefer tuberculöser Ulcerationen des Larynx hervor, auch Resorption tuberculöser Infiltrate; 2) dabei treten keine Reizerscheinungen auf; 3) die Pinselungen wirken auch schmerzstillend, und zwar auf einige Tage; 4) das Parachlorphenol kann in jedem Stadium der Larynxphthise angewandt werden, selbst in dem allerletzten; die Wirkung bei Schleimhautlupus ist eine günstige. Gorodecki.

Häufiges Vorkommen des Löffler'schen Bacillus auf der Wundfläche nach Mandelexstirpation. (Présence fréquente du bacille de Löffler sur la plaie respiratoire après l'ablation galvanocaustique de l'amygdale. Innocuité du bacille dans ce cas.) Von Dr. Lichtwitz. (Bulletin de la société de biologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 11.)

Bei 11 von 27 Operirten konnte Verf. den Löffler'schen Bacillus mit Streptococcen, Staphylococcen, Leptothrix zusammen finden, ohne dass er Serum einzuspritzen brauchte. Alle Patienten heilten, trotzdem dass die Wunden ein diphtheritisches Aussehen hatten. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ulceröse membranöse Stomatitis nach Anwendung von Antipyrin. (Stomatite ulcéromembraneuse due à l'administration de l'antipyrine.) Von Dr. Dalché. (Société de thérapeutique, séance du 23. décembre 1896 und Semaine médicale 1896, No. 65.)

Verf. giebt einen zweiten Fall, wo nach jedesmaliger Anwendung von 1 g und sogar nach $^1/_2$ g Antipyrin jedesmal eine Pseudomembran entstand, welche klinisch alle Symptome der Diphtheritis zeigte.

Dr. P. K.

Beitrag zur Diagnose des Mandelschankers. (Contribution au diagnostic du chancre de l'amygdale.) Von Dr. Morel-Lavalée. (Bullétin médical und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 12.)

Verf. giebt die Schwierigkeiten der Diagnose, besonders wenn Syphilis eingestanden wird. Dr. P. K.

Schwere Allgemeinsymptome bei Mandelabscess (Troubles constitutionnels graves au cours d'un abcès amygdalien.) Von Dr. Wood und Dr. Russel. (The Lancet und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 12.)

Ein 24jähriger Mann litt seit sechs Jahren an häufig sich wiederholenden Mandelabscessen. Nach einem solchen Anfalle bekommt Pat. nach spontaner Eröffnung des Abscesses alle Symptome einer schweren Infection, welche aber heilte. Seltene Fälle. Verff. nehmen eine plötzliche Infection an. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Gowring. (Brit. medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 11.)

Ein zehn Monate altes Kind wurde in asphyctischem Zustande in's Spital gebracht. Tracheotomie, Einführen einer Sonde durch die Trachealwunde in den Mund, Auswurf einer halb erweichten Brustbeere. Dr. P. K.

Vergleich der Pneumococcenangina mit der diphtheritischen Angina (Angine à pneumocoques et angine diphtéritique.) Von Professor Dr. Jaccoud. (Bulletin médical und Wiener medicinische Presse 1897, No. 19.)

Selbst ohne bacteriologische Untersuchung kann man die Diagnose stellen bei Pneumococcenangina durch die gewöhnlichen klinischen Symptome. Es handelt sich um einen ähnlichen Process im Larynx wie bei Pneumonie in den Lungen: um eine echte Pneumococcie des Pharynx. Erkrankung der Jugend, plötzlicher Auftritt mit Schüttelfrost, Temperatur steigt rasch von Anfang an über 39,5; gleich nachher Halsschmerzen, Drüsenschwellung, weisslich graue, frühzeitig eintretende, adhärente Pseudomembranen, Rachen intensiv geröthet; Fiebercurve ist eine typische, am vierten Tage fällt sie gewöhnlich

Digitized by Google

plötzlich; Eiweiss nicht immer im Urin, Prognose gut. Im Gegensatz kann Diphtheritis in jedem Lebensalter vorkommen, sie beginnt schleichend ohne Schüttelfrost, nimmt allmählich zu, schwerer Allgemeinzustand von vornherein, Temperatur steigt relativ wenig und die Defervescenz ist auch allmählich, das Exsudat ist bedeutend. Bei Pneumococcenangina bepinselt man mit Erfolg mit Sublimat (1—2 zu 1000), gurgelt mit Borsäure oder Salicylsäure, giebt Salicyl bei hohem Fieber.

Dr. P. K.

Antidiphtherieserum bei Croup. Von Landarzt M. A. Kalmikow. (Medicinskoje Obosrenje 1896, No. 19.)

Fünf Fälle von Croup, die unter Serumbehandlung rasch und dauernd heilten.

Gorodecki.

Epithelioma des Larynx und des Oesophagus nach Syphilis und Tuberculose. (Epithélioma du larynx et de l'oesophage consécutif à la syphilis et à la tuberculose.) Von Dr. Clifford Beale. (Société de laryngologie de Londres, 11. novembre 1896 und Revue de laryngologie et d'otologie 1897, No. 10.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

Die Diphtherie der oberen Luftwege und der Croup. Von K. A. Rauchfuss. (Russ. Arch. f. Pathologie etc. 1896, Bd II, Fasc. 6.)

Verf. giebt einen Ueberblick über das ausserordentlich reiche Material, welches ihm im Verlaufe von mehr als 25 Jahren im Petersburger Kinderhospitale des Prinzen Oldenburg zur Verfügung stand. Die sehr lehrreichen Ausführungen müssen im Original nachgelesen werden. Es sei nur hervorgehoben, dass keine einzige klinische Form sich ohne bacteriologische Untersuchung mit Sicherheit als diphtherisch diagnosticiren lässt. Ferner hebt Verf. eine Form abortiver Diphtherie hervor, wo schon von Beginn der Erkrankung an der Löffler'sche Bacillus von anderen Organismen überwuchert wird. Für diese Form will er die Bezeichnung Diphtheroid reservirt wissen.

Gorodecki.

Immunität der Gallinaceen gegen die Tuberculose des Menschen. (Immunité des gallinacés contre la tuberculose de l'homme.) Von Dr. Lannelongue und Dr. Achard. (Académie des sciences, séance du 12. avril 1897 und Semaine médicale 1897, No. 22)

Impfungen mit Culturen, Eiter und Fragmenten ergaben nie eine allgemeine Tuberculose, sondern immer nur oft lang andauernde locale Leiden; diese localen Leiden entstanden auch, wenn die Vögel mit todten Bacillen geimpft wurden. Diese Gleichheit der Symptome, welche durch lebende und todte Bacillen hervorgebracht wurden, konnte an das Zerstören der lebenden Bacillen durch die Körperflüssigkeiten der Gallinaceen denken lassen; dem ist aber nicht so, denn die Bacillen, den Thieren eingespritzt, lebten hundert Tage und darüber. Das Blut der Vögel wirkt auch nicht immunisirend, wie das Experiment auf

Digitized by Google

tuberculösen Kaninchen und Meerschweinchen beweist; dieses Blut wirkt auch nicht präventiv, wenn man es bei Kaninchen und Meerschweinchen einspritzt. Das Blut der Gallinaceen eignet sich also auf keinen Fall zum Gebrauche von Serum gegen Tuberculose.

Dr. P. K.

Ueber Angina Ludovici. Von P. M. Michalkin. (Medicinskoje Obosrenje 1896, No. 20.)

Verf. berichtet über fünf von ihm beobachtete Fälle von Angina Ludovici, von denen vier, Dank frühzeitigem chirurgischen Eingreifen, genasen.

Gorodecki.

Selbstbeobachtung von Diphtheritis mit fremdartiger Microbenassociation. (Autoobservation de diphtérie avec association microbienne.) Von Dr. Variot. (Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 4. décembre 1896 und Semaine médicale 1896, No. 62.)

Die bacteriologische Untersuchung ergab Löffler'sche Bacillen und Streptococcen; der Fall war sehr leicht. Der betreffende Arzt und Patient behauptet, dass es zur Stellung der Diagnose Streptodiphtheritis nicht genügt, den Streptococcus microscopisch festzustellen, sondern daß dessen Virulenz durch Culturen erst festgestellt werden muss; da diese Prozedur schwer und langwierig ist, ist das Symptom für die Aerzte nicht practisch zu verwerthen.

Dr. P. K.

Ueber die Frage der Anginen. Ein Fall von Pharyngealleiden durch Streptococcen. (A propos de la question des angines. Un cas de polymorphisme des manifestations pharyngées du streptocoque.) Von Dr. Chrétien. (Journal des connaissances médicales 1896, No. 17 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 11.)

Ein 10jähriges Mädchen hat Pseudomembranen mit Streptococcus, dann eine Angina erythematosa mit demselben Streptococcus, dann einen Mandelabscess ebenfalls mit dem Streptococcus; nach einem Monate wurde die Amygdalotomie vorgenommen, und die Wunden bedeckten sich mit denselben Microben enthaltenden Pseudomembranen.

Dr. P. K.

Ueber einige Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes bei Thieren nach Exstirpation der Schilddrüse. Von Dr. J. J. Postojew. (Russ. Arch f. Pathologie 1896, Bd. II, Fasc. 6.)

Verf. gelangte zu folgenden Resultaten:

1) die Quantität der roten Blutkörperchen, des Hämoglobins, sowie das specifische Gewicht des Blutes sinken;

2) es wächst die Zahl der weissen Blutkörperchen;

3) die Quantität des Blutfibrins wächst oft bis auf's Doppelte, jedoch wird das Fibrin N-ärmer;

4) auch das ganze Blut und das Blutserum werden N-ärmer.

Gorodecki.

Digitized by Google

Zwei Fälle von Larynxkrebs: 1) Carcinoma mit Rundzellen am rechten Stimmbande; 2) Perichondriumkrebs der Cartilago cricoidea. (Deux cas de cancer laryngé: 1) Carcinome à cellules sphériques de la corde vocale; 2) sarcome périchondral du cartilage cricoide.) Von Dr. Spencer. (Société de laryngologie de Londres, 11. novembre 1896 und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 10.)

Diese zwei an sich so verschiedenen Larynxkrebse hatten das gemein, dass in beiden Fällen die Mucosa intact war. Verf. giebt die zwei genauen Krankengeschichten. Dr. P. K.

Carcinom der Mandel und des Pharynx, operirt ohne Recidive. (Cancer de l'amygdale et du nasopharynx sans récidive trois ans après l'ablation.) Von Dr. C. M. C. Burney. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 11.)

Zwei Fälle bei einem 63jährigen und einem 60jährigen Manne, welche nach Unterbindung der Carotis externa respective tiefer Tracheotomie ohne Recidive heilten. Dr. P. K.

Ueber verzweigte Diphtheriebacillen. Von Dr. N. M. Berestnew. (Russ. Arch. f. Pathologie etc 1897, Bd. III, Fasc. 1.)

Verf. berichtet über zwei Befunde von verzweigten Diphtheriebacillen. Beide stammten von schweren Diphtheriefällen her und erwiesen sich auch die Culturen als sehr virulent.

Gorodecki.

Anwendung der Radioscopie bei der Diagnose der Thoraxerkrankungen. (Applications de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax.) Von Dr. Bouchard. (Académie des sciences, séance du 17. Mai 1897 und Semaine médicale 1897, No. 25.)

Verf. hat bewiesen, dass die X-Strahlen der internen Medicin wohl so grosse, wenn nicht grössere Dienste leisten als der Chirurgie. Pleuritische Exsudate mit ihren sich verändernden Grenzen, Pleuritis sicca, Pleuraverdickungen nach resorbirtem Exsudat, pleuritische Retractionen nach geheilter Pleuritis, beginnende Lungentuberculose, bestehende Cavernen, geschwollene Bronchialdrüsen, Herzhypertrophie und Aortenaneurysmen hat Verf. längst durch die Röntgenstrahlen allein diagnosticirt. Ein 42jähriger Mann litt seit zwei Monaten an Oesophagusstrictur, deren Natur man nicht nachweisen konnte; die Radioscopie ergab einen bilobulären Tumor links vom Oesophagus in der Höhe des vierten Brustwirbels; nach neun Tagen starb Pat. an Pyopneumothorax gangraenosus und die Section bestätigte die Diagnose. Ein 34jähriger Mann hat verschiedene Anfälle von acutem Gelenkrheumatismus, Intermittens und Typhus durchgemacht und zeigt in diesem Augenblick eine Aortitis mit Angina pectoris, ein sysotlisches und diastolisches Geräusch an der Herzbasis, eine Hervorwölbung des Aortenbogens und der Subclavia; die Radioscopie von vorn ergiebt rechts vom Sternum in der Höhe der zweiten Rippe einen Schatten, welcher isochron mit dem Pulsschlag ab- und zunahm. Die Radioscopie von hinten ergiebt denselben Schatten. Ein 18jähriges Mädchen behielt nach wiederholtem

Digitized by Google

acuten Gelenkrheumatismus eine Verengerung der Aorta; die Radioscopie von vorn ergab ebenfalls einen pulsirenden Schatten im ersten und zweiten Intercostalraum rechts vom Sternum, links bemerkt man ebenfalls Pulsiren; die Radioscopie von hinten ergiebt ebenfalls links von der Wirbelsäule in der Höhe des dritten und vierten Brustwirbels Pulsiren. Bei einem 68jährigen Manne wurde vor der klinischen Untersuchung durch das Vorhandensein eines pulsirenden Schattens vorn rechts vom Sternum und hinten links von der Wirbelsäule die Diagnose eines Aortenaneurysma gestellt. Dr. P. K.

Lähmung der Cricoarytenoidei postici bei Gonorrhoe. (De la paralysie des cricoaryténoidiens postérieurs dans la gonorrhée.) Von Dr. Lazarus. (Archiv für Laryngologie und Rhinologie und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 12.)

Alle Gelenke wurden bei einem Tripperkranken befallen, auch die Articulationes cricoarytenoideae, welche inspiratorische Dyspnoe hervorbrachten und die Tracheotomie erforderten. Es konnten drei Ursachen diese Lähmung herbeiführen: 1) eine Neuritis der Nervenendigungen des Recurrens; 2) metastatische Arthritis der Articulationes cricoarytenoideae; 3) Larynxperichondritis. Dr. P. K.

Ein gestielter Drüsenkrebs des weichen Gaumens. Von Dr. A. Baurowicz in Krakau. (Archiv f. Laryngol. etc. 1897, Bd. VI, pag. 157.)

67 Jahre alter Kranker mit hühnereigrosser Geschwulst, welche kurzgestielt links dem freien Rande des weichen Gaumens neben dem Zäpfchen aufsass. B. riss sie mit geringer Kraft ab und entfernte mit der Scheere den Stielrest. Blutung gering. Die microscopische Untersuchung der 3,4 cm breiten, 2,5 cm hohen, 7,7 cm dicken Geschwulst zeigte neben beträchtlicher Entwicklung des Bindegewebes zahlreiche Nester von epithelialen Zellen, welche vom Epithel der Drüsen ihren Ausgang nahmen; da stellenweise auch gewöhnliche Adenomstructur zu sehen war, so ist anzunehmen, dass wahrscheinlich zuerst ein Fibroadenom vorlag, in welchem es erst später zur atypischen Wucherung der Epithelzellen kam. Ein Adenom des weichen Gaumens diente auf diese Weise der späteren krebsigen Entartung als Grundlage.

Beschorner.

Zwei Fälle von Diphtheritis, wo die Tracheotomie musste durch Curettage der Trachea vervollständigt werden. (Deux cas de diphtérie dans lesquels la trachéotomie a été suivie de curettage de la trachée.) Von Dr. J. Bark. (Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 12.)

Trotz ausgeführter Tracheotomie traten die Erstickungserscheinungen von Neuem auf; die Canüle wurde entfernt und Trachea nebst Bronchien wurden mittelst der Volkmann'schen und einer kleinen biegsamen, gefensterten Curette ausgekratzt; nach Entfernen der Pseudomembranen trat Heilung ein. Dr. P. K.

Digitized by Google

Fremdkörper während 24 Jahren im Bronchus. (Corps étranger resté durant 24 ans dans une bronche.) Von Dr. J. Mitchell. (Brit. medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 11.)

Bei der Section eines 60jährigen Mannes fand man im linken Bronchus eine Münze, ohne dass je Brustbeschwerden bestanden hatten. Man erachtete es immer als einen schlechten Witz, wenn der Mann behauptete, früher eine Münze verschluckt zu haben. Dr. P. K.

Ueber tuberculöse adenoide Vegetationen. (La question des végétations adénoides tuberculeuses.) Von Dr. Etiévant. (Province médicale und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 17.)

Ihre Häufigkeit wird verschieden angegeben; klinisch sind sie nicht von nichttuberculösen zu unterscheiden. Man soll immer operiren bei dem geringsten Zweifel. Dr. P. K.

Ein Fall von tödtlicher Vergiftung mit Bacterientoxinen von den Tonsillen aus. Von N. P. Tischutkin. (Wratsch 1897, No. 8.)

Es handelte sich um einen Soldaten, der bereits besinnungslos in's Militärhospital von Brest-Litowsk eingeliefert wurde und am nächsten Tage starb. Bei der Section fanden sich die bei acuten Infectionen gewöhnlichen Veränderungen an den inneren Organen, ferner eitrige Infiltration und Erweichung der rechten Tonsille. Aus dem Tonsillen-eiter züchtete Verf. den Streptococcus pyogenes, sowie ein Bacterium, dessen Colonien sich als identisch mit Bacillus proteus vulgaris Hauseri zeigten. Gorodecki.

Schwieriger Fall von Tracheotomie wegen Fremdkörper. Heilung. (Cas perplexe de trachéotomie pour corps étranger; guérison.) Von Dr. E. F. Parker. (The laryngoscope und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 13.)

Ein 15 Monate altes Kind verschluckte einen Kieselstein. Wegen gefahrdrohender Dyspnoe musste die Tracheotomie gemacht werden, der Stein kam nicht zum Vorschein; eine durch die Trachealwunde eingeführte Sonde gelangte bis zur Bifurcation, ohne dem Fremdkörper zu begegnen. Die eingeführte Canüle erleichterte den Zustand schnell. Nach einigen Tagen bemerkte man, dass, wenn das Kind an der Brust trank, die Muttermilch durch die Canüle herausfloss, jedes Mal mit einem Hustenstoss. Trank das Kind aus einer Tasse, so füllte sich der Mund zuerst gänzlich, dann ging ein Theil der Milch schwierig herunter, der andere wurde ausgestossen. Man schloss auf eine Oesophagusverstopfung, allein die Sonde ergab ein negatives Resultat. Nach einigen Tagen verschwanden alle Symptome der Oesophagusverstopfung, es trat grüne Diarrhoe ein, welche einige Wochen andauerte. Das Kind befand sich wohl, ohne dass die Canüle entfernt werden konnte. Schliesslich konnte man selbe dennoch entfernen, ohne dass Erstickung eintrat. Schmerz bei der Defäcation, ohne dass man einen Fremdkörper entdecken konnte. Alle Symptome schwanden allmählich und heute befindet das Kind sich wohl. (?) Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber primäre gangränöse Angina. (De l'angine gangréneuse primitive.) Von Dr. Blumenau. (Deutsche medicinische Wochenschrift und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 12.)

Verf. giebt die Beschreibung der primären und secundären, der localisirten und der diffusen Angina gangraenosa; die Arbeit enthält nichts Neues. Dr. P. K.

Zwei Fälle von syphilitischem Mandelschanker. (Deux cas de chancres syphilitiques des amygdales.) Von Dr. Arslau. (Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1896, No. 49.)

Nicht so selten als früher angenommen wurde. Verf. giebt zwei Krankengeschichten, deren eine sehr interessant ist, weil das Leiden einer einfachen hypertrophischen Mandel ähnelte und zur Mandelexstirpation führte. Dr. P. K.

Myxoma glandulae thymus in frühem Kindesalter. Von Prosector N. F. Winogradow. (Russ. Arch. f. Pathologie etc. 1897, Bd. III, Fasc 1)

Verf. berichtet über einen in der Literatur noch nicht beschriebenen Fall von Myxoma der Thymus bei einen einmonatlichem Kinde. Die Geschwulst nahm das ganze vordere Mediastinum vom Jugulum bis zum Processus xyphoides ein, wog 182 g, war von weicher Consistenz, aber in einer derben Capsel eingeschlossen. Microscopisch typisches Myxomgewebe, dazwischen Reste des Thymusgewebes mit Hassalschen Körperchen eingestreut. Gorodecki.

Larynxkrise bei einem Tabetiker. (Un cas de crise laryngée chez un tabétique.) Von Dr. Gouguenheim und Dr. Plique. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 12.)

Verff. geben die genaue Krankengeschichte eines hierher gehörigen Falles, welcher ohne Tracheotomie vorüberging und bei welchem man die von Gerhardt angerathenen Bepinselungen der Nasenschleimhaut mittelst Cocain bedauert nicht angewandt zu haben. Dr. P. K.

Hauttuberculose durch Autoinfection. (Tuberculoses cutanées par autoinfection.) Von Dr. K. Ullmann. (Semaine médicale 1897, No. 22.)

Verf. bringt eine ganze Reihe solcher Beispiele, welche alle durch die Sputa entstanden waren. Diese Fälle beweisen die grosse Ansteckungsfähigkeit der Sputa und die Nothwendigkeit, jede tuberculöse Läsion von Anfang an radical zu behandeln. Dr. P. K.

Alle für die Monatsschrift bestimmten Beiträge und Referate sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Scheeh in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. M. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Prof. Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. Berlin, September 1897. No. 9.

I. Originalien.

Aus der k. k. Universitätsklinik für Ohrenkranke des Prof. Jos. Gruber in Wien.

Bericht über die im Jahre 1896 an obiger Klinik behandelten klinischen und ambulatorischen Kranken.

(Fortsetzung zu No. 5.)

So stand denn unserer Klinik im verflossenen Jahre ein sehr reichhaltiges Material zur Verfügung, das naturgemäss in wissenschaftlicher Beziehung verwerthet wurde. Die Sitzungsberichte der österreichischen otologischen Gesellschaft weisen eine ganze Reihe von Vorträgen und Demonstrationen auf, welche aus unserer Klinik hervorgingen und über die wir zunächst an dieser Stelle kurz referiren wollen[3]):

Gruber: Plastik eines Coloboma auriculae. Bei einem 22jährigen Manne durchsetzt eine Spalte die ganze linke Ohrmuschel vom Helix

[3]) Die den einzelnen Fällen vorangestellten Namen bezeichnen jene Personen, denen die Vorstellung der klinischen Kranken überlassen wurde.

Digitized by Google

nach vorne und trennt so die Muschel in zwei Theile, deren unterer den Antitragus und das Läppchen, der obere den anderen Theil der Muschel in sich begriff. Der über der Spalte gelegene Theil der Muschel stand von der Seitenfläche des Schädels in einem Winkel von 75° ab, während der unter der Spalte gelegene Theil mit der Seitenwand des Schädels einen Winkel von 30° bildete. Operation: Auffrischung der Spaltränder und Naht derselben. Hierauf werden hinter der Muschel zwei nahezu 5 cm lange, mit der Concavität gegen einander gerichtete, bogenförmige Schnitte, welche oben und unten in einem spitzen Winkel zusammentreffen, derart durch die Haut geführt, dass der eine Schnitt an der Ohrmuschel, und zwar 1 cm entfernt von ihrer Insertion, der zweite in gleicher Entfernung von letzterer am Warzentheile zu liegen kamen. Der von diesen beiden Schnitten begrenzte Hauttheil wurde von seiner Unterlage abpräparirt und entfernt. Naht der Wundränder, Heilung per primam, die Ohrmuschel in normaler Stellung.

Alt und Pineles: Ein Fall von Morbus Ménière, bedingt durch leucämische Erkrankung des Nervus acusticus. Ein 66jähriger Mann, der mit Leucämia myelolienalis chronica behaftet war, ertaubte unter Ménière'schen Erscheinungen. Der Fall kam zur Section. Mittelohr und Labyrinth erwiesen sich unverändert. Die Untersuchung des Hirnstammes und des Nervus acusticus ergab: Im intramedullären Verlaufe des Acusticus finden sich sowohl in der lateralen, als in der medialen Acusticuswurzel an zahlreichen Stellen theils kleinere, theils äusserst mächtig entwickelte, leucämische, kleinzellige Infiltrate; an einzelnen Stellen erscheinen die Nervenwurzeln auf längeren Strecken von Rundzellen wie durchsetzt. Namentlich zeigt sich aber die Austrittsstelle des Acusticus, dort wo die beiden Wurzeln zusammenstossen, stark infiltrirt und ebenso die Pia leicht verdickt und kleinzellig infiltrirt. Die Rundzellen bieten bei stärkerer Vergrösserung ausnahmslos das Aussehen der gewöhnlichen Lymphocyten dar, besitzen einen verhältnissmässig grossen, meist succulenten, ovoiden und stark tingirten Kern, der von einem schmalen Protoplasmasaum umkleidet ist. An Eosinpräparaten sieht man auch eosinophile Zellen. Die Infiltration erscheint im Bereiche des rechten Acusticus etwas schwächer ausgeprägt. An den Acusticusfasern ist stellenweise eine leichte Atrophie wahrnehmbar. Die Acusticuskerne, die hintere Vierhügelgegend, Kleinhirn und Schläfelappen bieten mit Ausnahme sehr spärlicher Infiltrate keine besonderen pathologischen Veränderungen dar. Auch die übrigen Hirnnerven (Vagus, Hypoglossus, Facialis, Trigeminus) erscheinen intact. Blutungen oder Reste von Blutungen sind nirgends wahrnehmbar.

Gruber: Missbildung der Ohrmuschel und Mangel des äusseren Gehörganges bei hochgradiger Assymmetrie der Gesichtshälften. Die Missstaltung ist in Folge eines weit nach vorne gedrängten, unförmlichen Hautlappens sehr auffällig und aus diesem Grunde wurde das 6jährige Mädchen auf die Klinik gebracht. Gruber spricht sich entschieden gegen die Anlegung eines künstlichen Gehörganges aus und glaubt, dass man sich in derartigen Fällen nur auf cosmetische Operationen beschränken dürfe.

Alt: Labyrinth- bezw. Acusticusaffection mit Ménière'schen Er-

Digitized by Google

scheinungen, entstanden durch den Gebrauch grosser Mengen von Salicyl, bei einer 40jährigen Frau, welche während eines acuten Gelenkrheumatismus im Ganzen 149 g Natrium salicylicum nahm.

Alt: Fractura baseos cranii mit Verletzung des Labyrinths und Hämatotympanum rechterseits. Der Riss reichte durch das Tegmen tympani nach vorne in die obere Gehörgangswand, ohne das Trommelfell zu verletzen. Die bestehende Facialislähmung ging in einigen Tagen zurück und dürfte auf ein Hämatom zu beziehen sein, das den Nervus facialis comprimirte. Das Trommelfell bot nach 12 Tagen normales Aussehen. Die einseitige Taubheit blieb unverändert.

Alt: Ein Fall von psychischer Taubheit bei einem 6jährigen Knaben, dessen Vater und Mutter taubstumm sind. Das Kind reagirte nicht auf Zuruf, Pfeife und Trompete. Da von einer medicamentösen Behandlung in diesem Falle nichts zu erwarten war, wurden Hörübungen auf der Klinik ausgeführt und dann den Angehörigen überlassen. Als der Knabe nach zwei Monaten auf die Klinik gebracht wurde, hörte er jedes zu ihm gesprochene Wort und war im Stande es nachzusprechen. Bevor das Kind auf der Klinik erschien, hielten es die Angehörigen für taubstumm und nahmen sich keinerlei Mühe, es sprechen zu lehren. Der Knabe befand sich in einem Zustande, wie ein Kind, das noch nicht gewohnt ist, auf Sprache und Höreindrücke überhaupt zu reagiren. Anlässlich der Hörübungen hielt es sich viel bei Angehörigen auf, die mit ihm im Gegensatze zu den taubstummen Eltern viel sprachen, er gewann acustische Eindrücke und lernte sprechen. Die Frage, ob derartige Kinder in Taubstummenanstalten abgegeben werden sollen, muss verneint werden, es ist vielmehr sehr leicht möglich, diese Kinder zum Hören und Sprechen zu bringen, wenn man sie den taubstummen Eltern entzieht.

Gruber: Angioma auriculae auf operativem Wege geheilt. An der Concha der linken Ohrmuschel eines 58jährigen Mannes eine taubeneigrosse, mit breiter Basis aufsitzende, unverschiebliche, die äussere Ohröffnung verlegende, mit normaler Cutis bekleidete, nicht schmerzhafte, elastische, nicht pulsirende, seit 30 Jahren langsam gewachsene Geschwulst. Man dachte an eine Balggeschwulst. Bei der operativen Entfernung derselben profuse Blutung, die durch einen Compressionsverband gestillt wird. Die microscopische Untersuchung ergab einen cavernösen Tumor, welcher sich subcutan entwickelte und wegen des Mangels grösserer arterieller Gefässe nicht pulsirte.

Gruber: Zur Lehre von den otitischen intracraniellen Erkrankungen. Die Sectionsprotocolle des Wiener allgemeinen Krankenhauses aus der Zeit vom 1. Januar 1873 bis zum 31. December 1894, 40073 Sectionen umfassend, wurden nach den verschiedensten, das Thema betreffenden Richtungen hin auf das Genaueste geprüft. Die Arbeit enthält so viele Details, dass man von einem kurzen Referate absehen muss; es sei diesbezüglich auf No. 7 dieser Monatsschrift aus dem Jahre 1896 verwiesen.

Alt: Ueber apoplectiforme Labyrintherkrankungen bei Caissonarbeitern und Pathologie der Luftdruckerkrankungen des Gehörorgans. Seit mehr als zwei Jahren wurden seitens der Kliniken Gruber und von Schrötter die Gesundheitsverhältnisse der Caissonarbeiter und

Digitized by Google

die bei denselben auftretenden Krankheitserscheinungen einem eingehenden Studium unterzogen und zahllose Beobachtungen und Versuche über das physiologische und pathologische Verhalten des Gehörorgans unter veränderten Luftdruckverhältnissen angestellt, wobei auf einwandfreie Thierversuche das grösste Gewicht gelegt wurde. (M. f. O. 1896, No. 8 und M. f. O. 1897, No. 6.)

Alt: Ueber Mumpstaubheit. Ein 12jähriges Mädchen wird mit der Angabe auf die Klinik gebracht, es wäre vor acht Tagen an Mumps erkrankt, habe gleich am ersten Tage der Erkrankung schlecht gehört, die Hörstörungen hätten unter Ohrensausen und leichtem Schwindel rasch zugenommen, am dritten Tage wäre complete Taubheit aufgetreten. Die Therapie bestand in der Verabreichung von Jodkali, Pilocarpininjection und Hörübungen. Nach drei Monaten bestand Hörvermögen links auf 1 m, rechts auf 30 cm für Conversationssprache.

Gruber: Cyste im äusseren Gehörgange. Bei einem 53jährigen Manne eine mit serös-schleimigem Inhalt gefüllte Cyste an der vorderen Wand des rechten äusseren Gehörganges, die im Verlaufe von mehreren Monaten bis zu der Grösse heranwuchs, dass sie den ganzen Gehörgang abschloss und dem Kranken Schwerhörigkeit und Ohrengeräusche verursachte. Zunächst Probepunction, dann Kreuzschnitt, Auskratzung mit dem scharfen Löffel und Tamponade. Nach wenigen Tagen vollständige Heilung.

Alt: Eine 24jährige Erzieherin, die mit subacuter Nephritis behaftet war, klagte an zwei aufeinander folgenden Tagen über Kopfschmerz, Schwindel und Nasenbluten. In der darauf folgenden Nacht wurde sie durch Sausen und Brausen im Kopfe aus dem Schlafe geweckt und empfand so heftigen Schwindel, dass sie beim Versuche, sich im Bett aufzusetzen, zurückfiel. Seither hörte sie nicht mehr auf dem linken Ohre. Die Untersuchung ergab: linksseitige Labyrinthaffection. Der ophthalmoscopische Befund ergab Netzhautblutungen beiderseits. Anamnese, Ohren- und Augenbefund rechtfertigen die Diagnose einer Hämorrhagie in das linke Labyrinth.

Gruber: Ein Fall von chronischer eitriger Mittelohrentzündung mit gleichzeitiger rheumatischer Lähmung des Nervus facialis und trigeminus.

Ein 22jähriger Handlungsgehilfe litt seit seinem zehnten Lebensjahr an linksseitiger Otorrhoe, die wechselnd sistirte und nach kurzer Zeit wieder exacerbirte. Nach einer Erkältung, acht Wochen vor der Spitalsaufnahme, trat der Ohrenfluss besonders heftig auf. Nach einem Dampfbade vor drei Tagen stellte sich unter Kopfschmerz linksseitige Gesichtslähmung ein. Aus dem Status sei kurz hervorgehoben: Herpesbläschen an der Ohrmuschel und an der unteren Gehörgangswand, profuse Otorrhoe, mittelweiter Gehörgang, entzündetes, hinten unten perforirtes Trommelfell, Weichtheile über dem Warzenfortsatze unverändert, nicht druckempfindlich. Paralyse des linken Facialis und Parese des linken motorischen Trigeminusastes. Sensibilität intact.

Die Otorrhoe sistirt in acht Tagen, Herpesbläschen und Trigeminuslähmung gehen rasch zurück. Von der Facialisparalyse bleibt nach 16 Tagen Spitalsbehandlung eine kaum merkliche Schwäche des Mundastes zurück. Die Exacerbation der seit 12 Jahren bestehenden Otorrhoe

Digitized by Google

und die Facialisparalyse hätten die Trepanation indicirt, dagegen liessen die Herpesbläschen und die Lähmung des motorischen Trigeminusastes die Facialisparalyse als zweifellos rheumatische erscheinen, so dass man von einem operativem Eingriff absehen konnte.

Unter den neueren, erst im letzten Jahre zur Anwendung gelangten therapeutischen Maassnahmen verdient an erster Stelle die Verschliessung trockener Trommelfellperforationen durch Aetzung mit Acidum trichloraceticum genannt zu werden.

Als geeignet zur Behandlung mit Acidum trichloraceticum wurde jeder Fall von trockener Perforation des Trommelfells, mit Ausnahme der Perforation der Shrapnell'schen Membran und der nahezu vollständigen Destruction des Trommelfells, betrachtet. Es erscheint jedoch nothwendig, sich durch vorherigen Verschluss der Lücke zu überzeugen, ob nicht durch den therapeutischen Effect eine Verschlimmerung des Hörvermögens droht, was in seltenen Ausnahmefällen eintreten könnte.

Zur Aetzung wurde eine concentrirte Säurelösung, zur Application derselben der Sondenknopf verwendet.

Wenn die Perforation gross ist, etwa einen ganzen Quadranten einnimmt, kann man jeden vierten Tag ätzen; ist die Perforation klein, soll nur ein Mal wöchentlich geätzt werden. Selbstverständlich muss man während dieser Therapie von jeder Lufteintreibung abstrahiren. Harmlose Eiterungen traten bei dieser Behandlung nur selten auf, dagegen kam es sehr häufig im Verlaufe der Therapie zur Bildung kleiner Mengen eingetrockneten Secrets von der Consistenz härteren Cerumens im Gehörgange, das stets vor einer neuerlich vorgenommenen Aetzung mit der Pincette entfernt werden muss. Wenn dieses Secret den Perforationsrand innig bedeckt, muss es mit grosser Vorsicht entfernt werden, da sonst die Säure nicht applicirt werden könnte, wodurch eine Störung der Therapie bedingt wäre. Bei systematischer Behandlung konnte man in den meisten Fällen je nach der Grösse der Perforation und dem individuellen Verhalten des Kranken nach 3 bis 15 Aetzungen vollständigen Verschluss der Lücke und überdies bei der weitaus grösseren Anzahl Verbesserung des Hörvermögens erzielen.

(Fortsetzung folgt.)

Zur Muschelfrage.

Von

Prof. **E. Zuckerkandl.**

(Fortsetzung.)

Einiges über die Siebbeinzellen.

Seydel[8]) hat den Nachweis geführt, dass jede Muschel sich aus einer Basallamelle und aus einer vor dieser befindlichen eingerollten Platte zusammensetzt, ferner dass die zwischen den Basallamellen eingeschobenen Gänge die Siebbeinzellen darstellen. Ueber diese äussert sich dieser Autor in folgender Weise: „Als allgemeine Regel für die

[8]) L. c.

Digitized by Google

Anordnung kann aufgestellt werden, dass ihre Entwicklung von den Spalten zwischen je zwei Muscheln ausgeht, und dass die Zellen, die von einem solchen Spalt aus ihre Entwicklung genommen haben, zwar unter sich communiciren können, aber nie mit denen der benachbarten Spalten."

Wenn nun auch im Princip Seydel's Auffassung richtig ist und speciell für die untere Siebbeinmuschel fast ausnahmslos zutrifft, so ist doch bemerkenswerth, dass man an allen Siebbeinmuscheln Defecte, ja selbst das vollständige Fehlen der Basallamellen beobachtet, und dass die Ausbildung einer Basallamelle an der oberen (dritten) Siebbeinmuschel überhaupt nicht mehr zur Regel gehört. Um über die Anatomie der Basallamellen und ihr Verhalten zu den Muschelplatten Aufschluss zu erhalten, ist es angezeigt, in der Verlängerung der Siebbeinspalten die vereinigte Muschelplatte zu durchtrennen und behufs Freilegung des mittleren Nasenganges die untere Siebbeinmuschel abzutragen.

Auf diese Weise kommen am dreimuschligen Siebbeine zum Vorschein:

1) Das Infundibulum zwischen Processus uncinatus und Bulla ethmoidalis. Der Spalt führt in den Sinus frontalis, ferner in eine bis an das Thränenbein reichende Zelle. Der obere Theil der Fissur ist häufig durch eine Knochenplatte überbrückt. Diesfalls gelangt man unter der Brücke in die eben erwähnte Zelle, während die Brücke selbst rinnenförmig vertieft in die Stirnbeinhöhle oder in eine Bulla frontalis führt. Auch kommt es vor, dass die halbmondförmige Spalte mit einer Zelle der Pars orbitalis ossis frontis communicirt.

2) Ein Gang zwischen der Bulla ethmoidalis und der Basallamelle der unteren Siebbeinmuschel. Ich werde diesen Gang als vordere Siebbeinzelle bezeichnen. Diese durch Knochenbrücken gefächerte Zelle erstreckt sich lateralwärts bis an die Lamina papyracea und enthält überdies den Zugang zum Sinus der Bulla ethmoidalis.

3) Die nächstfolgende Siebbeinzelle, die mittlere Siebbeinzelle; diese ist zwischen den Basallamellen der unteren und der mittleren C. ethm. eingeschoben. Median öffnet sich dieser Raum vermittelst der Fissura ethm. inf. in den gemeinsamen Nasengang. Lateral erstreckt sich die Zelle bis an die Papierplatte des Ethmoideum. Wenn, wie dies seltenen Falls vorkommt, die Basallamelle der unteren Siebbeinmuschel durchbrochen ist, dann communicirt die vordere Siebbeinzelle mit der mittleren.

4) Eine vierte, zumeist geräumige Zelle, die ich als hintere Siebbeinzelle bezeichne: sie ist lateral von der Lamina papyracea, medial von der oberen Muschel, vorn von der Basallamelle der C. ethm. media, rückwärts von der hinteren Wand des Siebbeinlabyrinths begrenzt; diese Wand wird als Basallamelle der oberen Muschel angesprochen.

Die Communicationsöffnung der, nebenbei bemerkt, zuweilen durch das Auftreten von secundären Knochenplatten gefächerten, hinteren Siebbeinzelle mit der Nasenhöhle findet sich entweder in der oberen oder in der unteren Siebbeinspalte.

Nun tritt aber gar nicht selten am dreimuschligen Ethmoideum, und zwar im Bereiche des als obere Muschel bezeichneten Gebildes eine dritte Basallamelle auf, durch welche die grosse, hintere Siebbeinzelle in zwei kleinere Cavitäten zerlegt erscheint. Aus diesem Grunde

Digitized by Google

ist es nothwendig, dem hinteren Abschnitte der Cellula ethm. posterior einen eigenen Namen zu geben, und ich werde denselben nach seiner Lage „sphenoidale Siebbeinzelle“ nennen.

Zuweilen ist die dritte Basallamelle nicht wie gewöhnlich senkrecht, sondern horizontal gestellt; diesfalls zeigt die sphenoidale Zelle eine geringe Grösse und oberhalb derselben erstreckt sich dann die hintere Siebbeinzelle bis an das Keilbein.

Die sphenoidale Siebbeinzelle öffnet sich gegen die obere oder die untere Siebbeinspalte.

Nach dieser dritten Basallamelle orientirt, gehört streng genommen nur der vor derselben gelegene Muschelantheil der C. ethmoidalis superior an, während das hinter der dritten Basallamelle befindliche, der sphenoidalen Zelle entsprechende Stück der oberen Muschel die nicht genügend differencirte vierte Muschel repräsentirt.

Die Basallamelle der vierten Concha ist am hinteren Ende des Siebbeinlabyrinths zu suchen (siehe oben). Diese vierte Basallamelle, welche häufig durchbrochen ist, kann gleich der dritten vollständig fehlen. Da die dritte Basallamelle nur ausnahmsweise auftritt, so begegnet man am dreimuschligen Siebbein drei Basallamellen, nämlich die der ersten, der zweiten und der vierten Siebbeinmuschel. Fehlt auch diese Basallamelle, dann communicirt die hintere Siebbeinzelle mit einem häufig vorhandenen Sinus des kleinen Keilbeinflügels.

(Es findet sich nämlich oft — 12 Mal unter 52 Fällen — und zwar bald symmetrisch, bald blos einseitig ein mit Schleimhaut ausgekleideter, gegen die eigentliche Keilbeinhöhle vollständig abgeschlossener Sinus des kleinen Flügels, welcher eine Verbindung mit der hinteren Siebbeinzelle, bezw. mit der sphenoidalen Zelle eingeht, wodurch der Nachweis erbracht ist, dass der Sinus des kleinen Keilbeinflügels von dem hinteren Theile des Siebbeinlabyrinths her gebildet wird.)

An einigen jugendlichen Siebbeinen, die ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, fand ich in der Hälfte der Fälle die Anlagen der sphenoidalen Zelle. Darf der Zufall ausgeschlossen werden, so müsste man wohl annehmen, dass für einen bestimmten Procentsatz die dritte Basallamelle später schwindet, denn beim Erwachsenen tritt die erwähnte Basallamelle nicht so häufig wie beim Kind auf.

Auch die mittlere Siebbeinzelle communicirt sehr oft mit der hinteren, die die beide Zellen verbindende Oeffnung findet sich in der Basallamelle der C. ethmoidalis media, und zwar typisch in allen jenen Fällen, in welchen die obere Siebbeinspalte kein Ostium ethmoidale führt (Fig. 2). Die Oeffnung ist klein oder gross, und kann in letzterem Falle eine solche Ausdehnung acquiriren, dass von der Basallamelle nur mehr eine den Rahmen des Ostium bildende, schmale Leiste übrig bleibt.

Eine Zusammenfassung ergiebt: die dritte Basallamelle ist inconstant; der Theil der Muschelplatte, welcher hinter dieser Lamelle untergebracht ist, und gegebenen Falls als mediale Wand der sphenoidalen Zelle fungirt, bildet einen Bestandtheil der vierten Siebbeinmuschel, gleichviel ob dieselbe differenzirt ist oder nicht. Die Communication der mittleren Siebbeinzelle mit der hinteren gehört zur Regel. Die mittlere Muschel kann fehlen und trotzdem ein Theil der Ursprungs-

Digitized by Google

lamelle vorhanden sein, wie dies deutlich aus der Untersuchung zweimuschliger Siebbeine hervorgeht.

Die vordere Siebbeinzelle kann mit der mittleren in Verbindung stehen, doch ist dies selten, viel häufiger dagegen beobachtet man eine Communication der hinteren Siebbeinzelle mit dem Sinus des kleinen Keilbeinflügels[9]).

Figur 2. Linke Nasenhöhle eines Erwachsenen mit drei Siebbeinmuscheln. o. Oeffnung in der Basallamelle der mittleren Siebbeinmuschel.

Fissura ethmoidalis superior.

An dieser Stelle soll hauptsächlich das Verhalten dieser Spalte zu den Siebbeinzellen berücksichtigt werden. Die Länge, Breite und Tiefe der Fissura ethm. inf. unterliegen Variationen; sie ist bald lang, bald kurz, schmal oder breit, seicht oder tief, zuweilen überhaupt nur in der Anlage vorhanden. Bemerkenswerth erscheint ferner, dass die Fissura ethm. sup. ungefähr nur in der Hälfte der Fälle eine Oeffnung für die hintere Siebbeinzelle enthält. Im gegentheiligen Falle schliesst die Spalte blind ab, und die Mündung der hinteren Siebbeinzelle ist

[9]) Ich habe schon an einer anderen Stelle (Anatomie der Nasenhöhle. Bd. 1, 2. Auflage) geltend gemacht, dass Zellen verschiedener Gänge miteinander communiciren können. Killian (l. c.) giebt diese Thatsache mit dem Bemerken zu, dass dies selten der Fall sei und nicht gegen Seydel's Ansicht spreche. Letzterer Meinung bin auch ich. Doch ist es schon aus practischen Gründen nothwendig, von den bezeichneten Communicationen, die zu den gewöhnlichen Befunden zählen, Notiz zu nehmen. Killian ist allerdings der Meinung, dass es sich nicht um gewöhnliche Befunde handelt; aus diesem Grunde würde ich ihm vorschlagen, die Ursprungslamelle der mittleren Siebbeinmuschel zu untersuchen.

Digitized by Google

in der Fissura ethmoidalis inferior, und zwar in der Basallamelle der mittleren Siebbeinmuschel zu suchen (Fig. 2 o).

Beim Vorhandensein einer sphenoidalen Zelle führt selbstverständlich das Ostium der Fissura ethm. sup. in den Hohlraum dieser Zelle.

Unter 51 Fällen fand ich:

Die Fissura ethm. superior in Communication mit der hinteren Siebbeinzelle . . . . . 20 Mal,
in Communication mit der sphenoidalen Siebbeinzelle . 5 „
Die genannte Spalte schliesst am Grunde blind ab und es findet sich das Ostium der hinteren Siebbeinzelle in der Ursprungslamelle der C. ethm. media . . . . . 26 „

Die Communicationsverhältnisse der hinteren Siebbeinzelle sind nicht selten asymmetrisch. Es kommt vor, dass auf einer Seite die obere, auf der anderen die untere Siebbeinspalte zur hinteren Siebbeinzelle führt.

Fissura ethmoidalis inferior.

Hinsichtlich der Anatomie dieser Spalte sind nachstehende Fragen zu beantworten: 1) Zeigt die Spalte typische Verhältnisse? 2) Ist in derselben eine Nebenmuschel enthalten, und wenn dies der Fall sein sollte, innerhalb welcher Grenzen variirt dieses Gebilde?

Die Fissura ethmoidalis inferior wird begrenzt: vorn von der Ursprungslamelle der Concha ethmoidalis inferior, hinten von der Ursprungslamelle der Concha ethmoidalis media. Die von beiden Lamellen begrenzte, lateral bis an die Lamina papyracea reichende Spalte repräsentirt die mittlere Siebbeinzelle. An dieser Zelle unterscheide ich eine mediale und eine laterale Hälfte: erstere stellt den unmittelbar der Fissura ethmoidalis inferior angeschlossenen Theil der Zelle dar. Diese Hälfte verläuft annäherungsweise horizontal von hinten nach vorne; ihr schliesst sich in aufsteigender Richtung verlaufend und im Laufe an Breite zunehmend die laterale Hälfte der Zelle an, welche am äusseren Ende von der Papierplatte des Siebbeins abgeschlossen wird. Die Basallamelle der mittleren Siebbeinmuschel ist, wie schon vorher bemerkt wurde, häufig durchlöchert (unter 51 Fällen 26 Mal) und enthält als Mündung der diesfalls gegen die obere Siebbeinspalte abgeschlossenen hinteren Siebbeinzelle eine Lücke (Fig. 2). Es wird demnach in diesen Fällen die Ventilation der hinteren Siebbeinzelle von der Fissura ethmoidalis inferior aus besorgt. Das Loch der bezeichneten Ursprungslamelle kann verschieden gross sein; zuweilen nimmt es eine solche Ausdehnung an, dass von der Ursprungslamelle nurmehr eine Leiste zurückgeblieben ist.

Durch der Zahl nach wechselnde Knochenlamellen, welche brückenartig zwischen den Ursprungslamellen der C. ethm. inf. und med. ausgespannt sind, entstehen Nischen, die mittelst eigener Oeffnungen in den Gang münden. In der Regel enthält der Gang drei Hauptostien, ein oberes für den lateralen Antheil der Siebbeinzelle, ein vorderes für eine im vorderen Ende des Ganges steckende, lateral bis an die Lamina papyracea reichende Zelle — vordere Nebenzelle — und ein hinteres Ostium für eine im hinteren Antheile des Ganges untergebrachte und gleichfalls bis an die Lamina papyracea ausgedehnte Zelle, die ich als hintere Nebenzelle bezeichnen werde.

Digitized by Google

Vordere Nebenzelle.

Dirigirt man eine in die Fissura ethm. inf. eingeführte Sonde facialwärts, so gelangt man in die vordere Nebenzelle. Dieselbe ist wohl nicht constant, kann aber bei Rücksichtnahme auf ihr häufiges Vorkommen immerhin als ein typisches Gebilde der Nasenhöhle betrachtet werden. Die Grösse und Form der vorderen Nebenzelle variiren; die Bucht ist z. B. klein und mündet vermittelst einer rundlichen Oeffnung in die untere Siebbeinspalte. Die vordere Nebenzelle kann zu einer grossen Blase ausgeweitet sein, welche die Basallamelle der Conch. ethm. inf. gegen den mittleren Nasengang vor sich hertreibt und sich dann selbst dem hinteren Ende der Bulla ethmoidalis anschliesst. Die beiden Zellen stossen aber blos aneinander. Die Scheidewand, welche beide Zellen von einander trennt, kann jedoch auch durchbrochen sein: nun umschliessen beide nur eine Cavität, welche vom Sinus der Bulla aus ventilirt wird. In anderen Fällen wurde die Vergrösserung der vorderen Nebenzelle auf Kosten der mittleren Siebbeinzelle etablirt.

Zuweilen formirt die vordere Nebenzelle eine weit geöffnete Nische, welche lateralwärts durch eine gut entwickelte Cellula Halleri des Oberkieferbeins einen Abschluss erhält.

Die vordere Nebenzelle confluirt mit der hinteren Nebenzelle zu einer geräumigen Knochenblase.

Die vordere Nebenzelle ist kaum ausgeprägt oder fehlt ganz und gar.

Niemals wächst die in Rede stehende Nebenzelle aus der Siebbeinspalte gegen den gemeinsamen Nasengang vor; auch nimmt sie in keinem Falle die Form einer Muschel an.

Hintere Nebenzelle.

Ich wähle zur Beschreibung der hinteren Nebenzelle zunächst einen Fall, in welchem sie ziemlich isolirt von den nachbarlichen Knochentheilen ist (Fig. 3 h). Aus der unteren Siebbeinspalte ragt an diesem Präparate eine unterhalb der hinteren Siebbeinspalte gelegene, hohle, annäherungsweise kugelig gewölbte Knochenplatte vor, die, allmählich flacher werdend, bis an das hintere Ende der Fissura ethm. inf. reicht.

Diese Nebenzelle steckt demnach zwischen den Ursprungslamellen der C. ethm. media und der C. ethm. inferior. Die mediale Wand der Zelle ist der unteren Siebbeinspalte zugekehrt, die laterale Wand wird von der Lamina papyracea beigestellt. Die horizontal gestellte obere Wand verläuft gegen die Papierplatte und scheidet den Hohlraum der Nebenzelle von der hinteren Siebbeinzelle. Rückwärts erstreckt sich die Zelle bis an das hintere Siebbeinende und bis an den Boden der oberen Siebbeinspalte. Der Sinus der hinteren Nebenzelle öffnet sich nahe dem vorderen Ende der Zelle mittelst einer rundlichen Oeffnung.

Weder in diesem noch in den anderen untersuchten Fällen erreicht die hintere Nebenzelle die Ebene der Hauptmuscheln; ferner läuft ihr hinteres Ende niemals in eine Leiste aus.

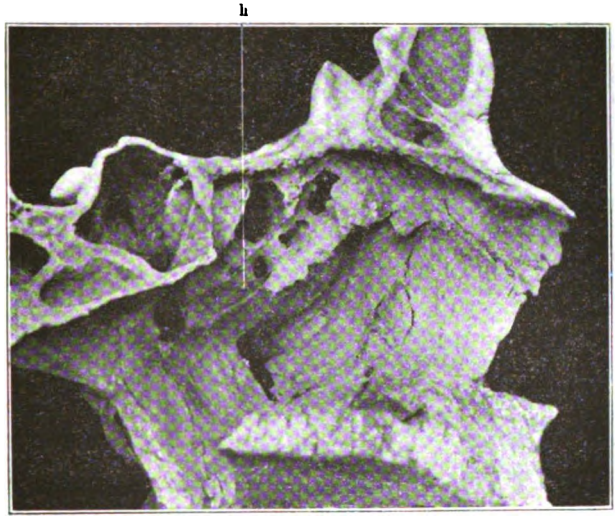
In dem eben beschriebenen Falle hatten wir es mit einem Präparate zu thun, an welchem die Lichtung der hinteren Nebenzelle, die Mündung ausgenommen, allseitig abgeschlossen war. Diese Form ist jedoch nicht die gewöhnliche; viel häufiger ist nämlich die den Sinus der Nebenmuschel von der Lichtung der hinteren Siebbeinzelle trennende

Digitized by Google

Zwischenwand durchlöchert oder ganz fehlend, so dass die Hohlräume der beiden Zellen in eine Cavität zusammenfliessen und die Nebenzelle nur den basalen Antheil der hinteren Siebbeinzelle zu repräsentiren scheint (Fig. 4h.).

Die die hintere Nebenzelle von der hinteren Siebbeinzelle trennende Zwischenwand setzt sich aus der Verwachsung der Basallamelle der C. ethm. media mit der oberen Wand der hinteren Nebenzelle zusammen.

Ist diese Zwischenwand vollständig, ein Verhalten, welches, wie wir wissen, in allen jenen Fällen zutrifft, in welchen die obere Siebbeinspalte eine Oeffnung für die hintere Siebbeinzelle führt, dann bildet die hintere Partie der bezeichneten Basallamelle den Boden der oberen Siebbeinspalte.



Figur 3. Linke Nasenhöhle eines Erwachsenen mit drei Siebbeinmuscheln. Die untere und mittlere Muschel wurden entfernt. h. hintere Nebenzelle; die oberhalb derselben verlaufende Leiste gehört der C. ethm. media an.

Das gleiche Bild erscheint, wenn die Oeffnung der Fissura ethm. superior in die sphenoidale Siebbeinzelle mündet.

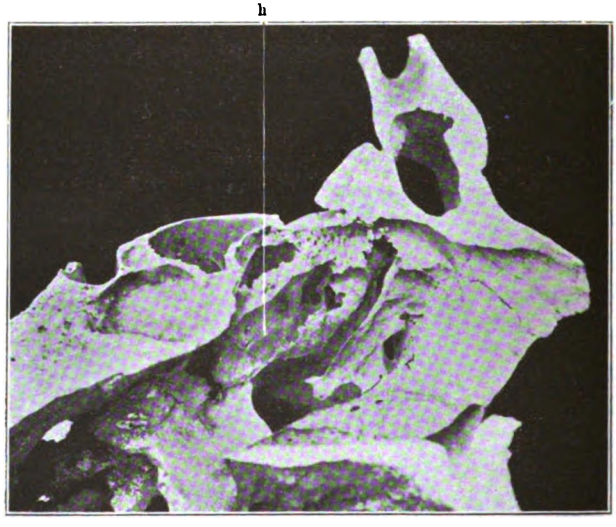
Fehlt, wie dies sehr häufig sich ereignet, das hintere Stück der zweiten Ursprungslamelle, dann sehen wir den Rest dieser Knochenplatte in die mediale Wand der hinteren Nebenzelle übergehen. Beide Gebilde sind nun zu einem Körper vereinigt und auch ihre Cavitäten bilden einen Raum. Den Eingang in den letzteren stellt das Ostium der hinteren Nebenzelle bei (Fig. 4).

Nachdem die Beziehung der hinteren Nebenzelle zur hinteren Siebbeinzelle besprochen wurde, ist als nächstes Moment die Topik der hinteren Nebenzelle zur mittleren Siebbeinmuschel zu erörtern. In dieser Beziehung ist hervorzuheben, dass die hintere Hälfte der mitt-

Digitized by Google

leren Siebbeinmuschel als mehr oder minder breite Leiste oberhalb der Mündung der hinteren Nebenzelle verläuft, scheinbar über die Nebenzelle selbst hinwegsetzt. Diese topische Beziehung ist wichtig, denn sie lehrt, dass jede an der oberen Peripherie der Nebenmuschel nach hinten, gegen das Foramen sphenopalatinum verlaufende Leiste, mag sie wie immer ausgebildet sein, der mittleren Siebbeinmuschel homolog ist; und die Ausbildung der hier in Betracht kommenden Skeletttheile ist, wie wir gleich sehen werden, mannigfachen Varietäten unterworfen. Zur Erhärtung dieser Behauptung sollen nun einige Fälle besonders beschrieben werden.

Fall 1. Auf der rechten Seite ist die mittlere Siebbeinmuschel sehr schön entwickelt, auf der linken Seite dagegen zeigt sie deutliche



Figur 4. Linke Nasenhöhle eines Erwachsenen mit zwei Siebbeinmuscheln. Die C. ethm. inf. wurde abgetragen. h. die mit der hinteren Siebbeinzelle confluirte hintere Nebenzelle. Die Mündung derselben ist in der Abbildung nicht genügend markirt.

Erscheinungen von Reduction. Die obere Siebbeinspalte enthält eine grosse Oeffnung zur Communication mit der hinteren Siebbeinzelle. Die Concha ethm. media tritt stark über die obere Siebbeinmuschel vor, da sie blasig aufgetrieben ist: dagegen stellt die eben genannte Muschel eine nur wenig vortretende Platte dar. Der Hohlraum der mittleren Siebbeinmuschel ist in seiner hinteren Hälfte mit dem der hinteren Nebenzelle zu einer Cavität confluirt. Die gegen die Fissura ethm. inf. vorspringende mediale Wand der Nebenzelle erscheint als hintere Fortsetzung der Basallamelle der Concha ethmoidalis media.

Auf der linken Seite dieses Schädels findet sich gerade das Gegentheil. Hier ist nämlich die obere Muschel blasig aufgetrieben,

Digitized by Google

die mittlere Siebbeinmuschel rudimentär und sammt der Fissura ethm. sup. gegen die untere Siebbeinspalte zurückgesunken. Die hintere Nebenzelle ist flach und über ihr oberes Ende zieht die Concha ethm. media als schmale Leiste hinweg.

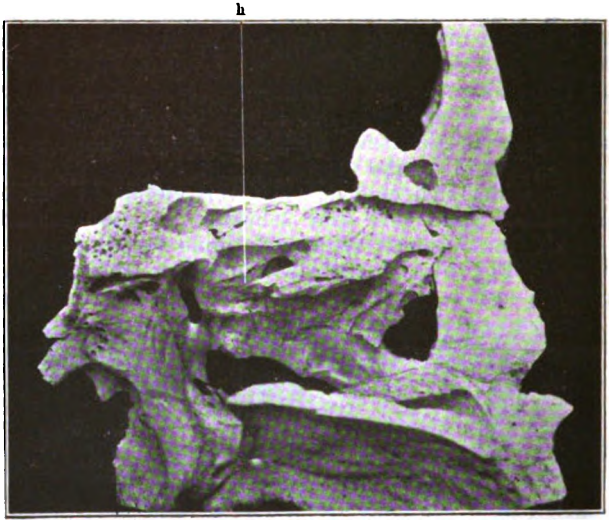
Fall 2 (Fig. 5a u. 5b). Sämmtliche Nasenmuscheln sind atrophisch. Die untere Siebbeinspalte zeichnet sich beiderseits durch Breite und Tiefe aus; ferner liegen beiderseits nur zwei Siebbeinmuscheln (die untere und die obere) an der Oberfläche. Im Hintergrunde der linken Siebbeinspalte findet sich eine deutlich vortretende hintere Nebenzelle, an deren oberem Ende eine sehr schmale, stumpfe und bis an den vorderen Rand des Foramen sphenopalatinum fortgesetzte Leiste ihren Verlauf nimmt (Fig. 5b). Verglichen mit dem früheren Falle ergiebt sich klar und deutlich, dass die eben beschriebene Leiste einer stark

Figur 5a. Rechte Nasenhöhle eines Erwachsenen mit drei C. ethmoidales. C. ethm. media operculisirt. Unterhalb derselben die hintere Nebenzelle mit ihrer Mündung.

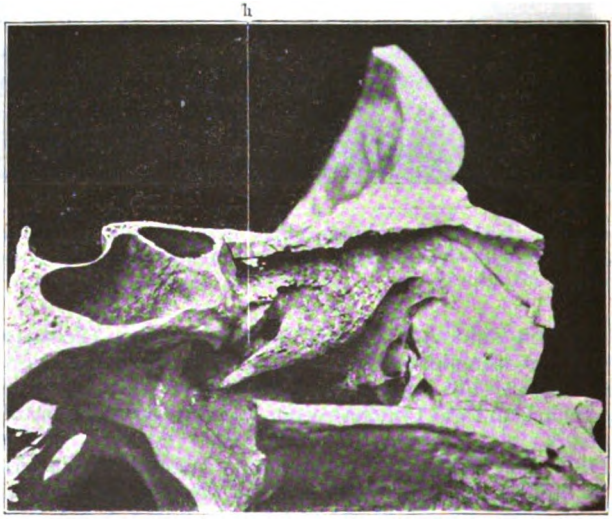
zurückgebildeten und aus diesem Grunde in den Siebbeinspalt versenkten Concha ethmoidalis media entspricht. Rechterseits (Fig. 5a) ist die hintere Nebenzelle abgeplattet und auch schon aus diesem Grunde tritt die scharfkantige Concha ethm. media besser vor als auf der Gegenseite.

Fall 3. An diesem Präparat liegt linkerseits die mittlere verschmälerte Siebbeinmuschel noch fast im Niveau der anderen Conchae (Fig. 6a). Die hintere Nebenmuschel ist nicht gross, aber deutlich vorspringend und am vorderen Rand mit einem Ostium versehen. Die Wand der seichten Fissura ethmoidalis superior ist durch die hintere Nebenzelle leicht vorgewölbt; zwischen beiden schiebt sich als schmale

Digitized by Google



Figur 5b. Linke Hälfte desselben Präparates. Drei C. ethmoidales. h. die gut entwickelte hintere Nebenzelle. Oberhalb derselben die zu einer Leiste reducirte, kaum operculisirte mittlere Siebbeinmuschel.



Figur 6a. Linke Nasenhöhle eines Erwachsenen. Drei C. ethmoidales. h. hintere Nebenzelle. Oberhalb derselben die fast noch das Niveau der nachbarlichen Hauptmuscheln erreichende rudimentäre C. ethm. media.

Digitized by Google

Grenzleiste die Concha ethm. media ein. Rechterseits (Fig. 6b) fehlt die hintere Nebenzelle, und die äussere Wand der Fissura ethm. sup. ist stark ausgehöhlt; die Folge davon ist, dass die mittlere Siebbeinmuschel als breitere Platte gegen die Fissura ethm. inf. vorragt.

Fall 4. An diesem Präparate liegt in der breiten und geöffneten Fissura ethm. inf. die hintere Nebenzelle ganz frei, zumal auch noch die obere Muschel verschmälert ist (Fig. 7 h.).

Von der mittleren Siebbeinmuschel ist nur mehr ein Rudiment in Form eines kurzen, äusserst schmalen Leistchens vorhanden, welches sich wohl noch über der hintere Nebenzelle fortsetzt, aber den vorderen Rand des Foramen sphenopalatinum nicht mehr erreicht. Die Gegenseite dieses Präparates ist instructiv, man sieht, dass auch noch dieser Rest der mittleren Siebbeinmuschel schwinden und dabei die hintere Nebenzelle eine gute Ausbildung zeigen kann.

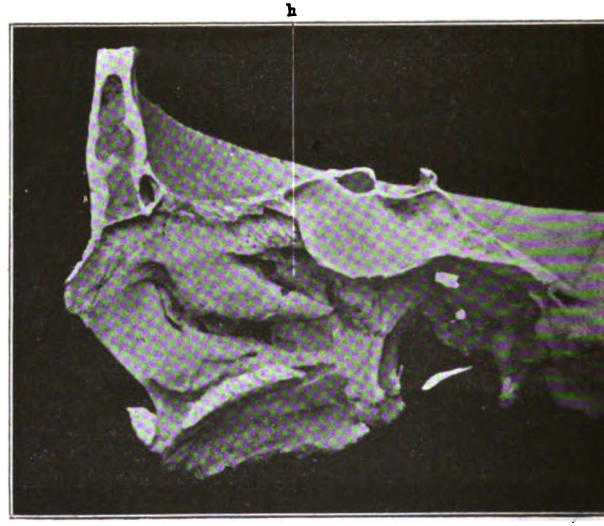
Figur 6b. Rechte Hälfte desselben Präparates. Drei C. ethmoidales. Die hintere Nebenzelle fehlt. C. ethm. media eine wenig breite, kaum operculisirte Platte.

In anderen ähnlichen Fällen hat sich auf der Oberfläche der Nebenmuschel noch die Spur der mittleren Muschel in Form einer linienförmigen Rauhigkeit erhalten, oder auch diese ist geschwunden und die Nebenmuschel sowie ihre Nachbarschaft sind völlig glatt. Das Siebbein macht den Eindruck, als wäre die Concha ethm. media überhaupt nicht entwickelt.

Solche Fälle erschweren eine richtige Diagnose. Noch schwieriger gestaltet sich diese, wenn in Folge von Abplattung der hinteren Nebenzelle die Grenzen derselben verwischt sind, aber oberhalb dieses Körpers noch die letzte Spur einer mittleren Muschel vorhanden ist. Derjenige,

Digitized by Google

welchem die verschiedenen Uebergangsformen der mittleren Muschel unbekannt sind, wird solche extreme Fälle nicht richtig deuten, er wird eine gerade noch linear markirte Concha media leicht übersehen, zumal wenn die blasig aufgetriebene Concha superior zur Annahme, sie enthalte auch noch das Element der mittleren Siebbeinmuschel, auffordert. In ähnlichen Fällen kann die Nebenzelle als diagnostisches Mittel recht werthvoll sein; ein an ihrer oberen Grenze wenn auch nur mehr als Spur vorhandenes Leistchen ist immer das Rudiment der mittleren Siebbeinmuschel. Die Diagnose gestaltet sich ferner in jenen Fällen leichter, in welchen nur auf einer Seite die eben beschriebene hochgradige Reduction eingetreten ist, während auf der anderen Seite



Figur 7. Rechte Nasenhöhle eines Erwachsenen. Drei C. ethmoidales. Spalt zwischen C. ethm. inf. und sup. breit. Im Spalt sind sichtbar: die hintere Nebenzelle und oberhalb derselben die rudimentäre C. ethm. media.

die Concha ethm. media wohl rudimentär, aber in Folge ihrer Topik zur hinteren Nebenzelle noch als Hauptmuschel zu erkennen ist. Bildet sich auch dieser Rest der mittleren Siebbeinmuschel spurlos zurück, dann ist es allerdings nicht leicht, eine richtige Diagnose zu stellen. In letzterer Beziehung ist eines meiner Präparate (Fig. 8) ganz besonders instructiv, und ich will es aus diesem Grunde etwas ausführlicher beschreiben. Es handelt sich um die Nasenhöhle eines Mannes, die nachstehende Details erkennen lässt:

Das Muschelbein ist kräftig entwickelt.

Die untere Siebbeinmuschel ist beiderseits im Bereiche des Operculums etwas atrophisch.

Die nächstfolgende Siebbeinmuschel (2) tritt linkerseits ein wenig

Digitized by Google

zurück und begrenzt mit der dritten oberen in der Reihe eine breite aber seichte Siebbeinspalte.

Auf der rechten Seite ist die zweite Muschel von der oberen (3) in der Reihe operculisirt und zwischen beiden eine gleichfalls operculisirte Siebbeinspalte gegeben.

Die dritte Siebbeinmuschel ist beiderseits von Furchen und Lücken rauh und sehr schmal; ihre hintere Spitze reicht bis an den unteren Rand des Ostium sphenoidale.

Die Fissura ethmoidalis inferior ist enorm breit; ihre grösste Breite beträgt 9 bezw. 12 mm. Es liegt aus diesem Grunde die Seitenwand der genannten Fissur frei zu Tage.

Figur 8. Linke Nasenhöhle eines Erwachsenen. Drei C. ethmoidales, und zwar höchstwahrscheinlich die Combination C. inf. sup. und suprema, C. sup. rudimentär und operculisirt. h. hintere Nebenzelle.

Diese Wand wird auf jeder Seite von einer convex vorspringenden Platte gebildet, an deren vorderem Ende sich eine Oeffnung findet, welche in den Hohlraum des Wulstes hineinführt (Fig. 8 h.). Dieser Hohlraum communicirt rechterseits mit dem Hohlraum der zweiten und dritten Muschel, d. h. beide Räume bilden eine Cavität, während linkerseits der Hohlraum des Wulstes von jenem der Muscheln geschieden ist. Die Cavität des letzteren mündet für sich in die breite Fissura ethmoidalis. Der Wulst der Nebenzelle erstreckt sich beiderseits lateral von der zweiten Siebbeinmuschel nach oben.

Welche Muschel-Combination liegt nun in diesem Falle vor: die Combination C. inf. med. und sup. oder die Combination C. inf. superior und suprema? Ich entscheide mich aus nachstehenden Gründen für die letzterwähnte Combination. Der Wulst der breiten Siebbeinspalte entspricht

Digitized by Google

seinem ganzen Verhalten nach unzweifelhaft der hinteren Nebenzelle; Reste der mittleren Siebbeinmuschel wären demnach oberhalb der Mündung der Nebenzelle zu suchen, und in der That sind solche Reste in Form einer linearen Rauhigkeit namentlich auf einer Seite noch vorhanden. Es fehlt also, von gerade noch erkennbaren Spuren abgesehen, die mittlere Siebbeinmuschel. Die zweite Muschel der Reihe entspricht demnach der oberen, die dritte der Reihe der Concha suprema ossis ethmoidei. Wäre in diesem Falle die hintere Nebenzelle geschwunden, dann hätten sich in Bezug auf die Deutung des zweiten Muschelelementes der Reihe wohl Schwierigkeiten eingestellt.

Schliesslich erwähne ich noch jene Fälle, in welchen die hintere Nebenzelle spurlos geschwunden zu sein scheint. Man findet diesfalls am dreimuschligen Siebbeine gewöhnlich die Concha ethm. media sehr schön entwickelt und den hinteren Antheil der unteren Siebbeinspalte tiefer als sonst. Ein Theil der Nebenzelle wird diesfalls in die Basallamelle der mittleren Siebbeinmuschel aufgenommen. —

Die bisherigen Erörterungen haben die nahe Beziehung der mittleren Muschel zur hinteren Nebenzelle dargelegt. Es hat sich gezeigt, dass die mittlere Siebbeinmuschel, gleichgiltig ob sie gut entwickelt oder rudimentär ist, oberhalb der Mündung der hinteren Nebenzelle über den Vorsprung derselben hinweg setzt. Die Uebergangsformen zwischen beiden Formen konnten in allen Stadien der Entwicklung verfolgt werden, und selbst wenn die mittlere Muschel bereits ganz verschwunden war, konnte ihre Spur in Form einer rauhen Linie noch erkannt werden. Eigenthümlich ist der häufige Zusammenhang der hinteren Nebenzelle mit der mittleren und oberen Siebbeinmuschel. Die Nebenzelle bildet diesfalls nur einen die genannten Muschelkörper nach unten wesentlich vergrössernden Bestandtheil. In diesem Falle fehlt gewöhnlich die hintere Hälfte der zweiten Ursprungslamelle, während die vordere Hälfte derselben Platte direct in die Nebenzelle übergeht.

Die Frage, ob die hintere Nebenzelle der von Seydel erwähnten Nebenmuschel des unteren Siebbeinspaltes entspricht, werde ich später erörtern, an dieser Stelle soll nur bemerkt werden, dass eine Verwechslung zwischen der hinteren Nebenzelle und einer rudimentären Hauptmuschel nicht gut denkbar ist. In keinem Falle bildet eine rudimentäre Concha ethm. media ein hohles, blasig aufgetriebenes Knochensegment und niemals reicht die hintere Nebenzelle in Form einer Leiste bis an die hinteren Enden der Hauptmuscheln.

Betrachtet man die Variabilität der Muscheln, so ergiebt sich, dass die Concha ethm. inferior in ihrer Form ziemlich constant ist, während die mittlere Muschel und desgleichen die hinteren Enden der höher oben gelegenen Siebbeinmuscheln sich nicht constant verhalten. Es variiren jene Theile des Siebbeins, welche nicht Träger von Riechnervenverzweigung sind. Damit steht die Formbeständigkeit der unteren Siebbeinmuschel nicht im Widerspruch; diese bewahrt ihre Form wegen der wichtigen Beziehung zum mittleren Nasengang.

(Schluss folgt.)

Digitized by Google

Ein bisher noch nicht beschriebener Fall einer Kehlkopferkrankung mit Entwicklung und Abstossung von Schuppen aus verhornten Epithelialzellen (Laryngitis desquamativa).

Von

Dr. **Stanislaus von Stein,**

Director der J. Basonow'schen Universitätsklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten in Moskau.

Mit zwei chromolithographischen Abbildungen.

Doctor J. N., 57 Jahre alt. Im Frühling 1890 wurde Pat. während einer Unterhaltung plötzlich heiser und empfand gleichzeitig das Gefühl eines Fremdkörpers im Kehlkopfe. Damals wurde eine weisse Ablagerung auf dem rechten wahren Stimmbande constatirt. Drei Monate später derselbe Befund. Beizungen mit Lapis und Milchsäure (50 pCt.) blieben erfolglos: die Heiserkeit dauerte fort. Im Sommer 1893 nach einem Aufenthalt im Curort Kislowodsk besserte sich ein Bischen der Zustand. Im Herbst desselben Jahres consultirte mich zum ersten Male der Patient. Die beigefügten Abbildungen, nach den vortrefflichen Aquarellen des Herrn Dr. Tschemodanoff angefertigt, stellen den Befund klar dar. Der ganze Kehlkopf ist stark hyperämisch. Auf diesem rothen Grunde tritt deutlich als schneeweisse Fläche das wahre rechte Stimmband hervor. Diese Auflagerung ist dermaassen weiss, dass man auf den ersten Blick vermuthen könnte, man hätte eine Kalkablagerung vor sich. Nur stellenweise hat dieselbe einen Stich in's Gelbliche. Bei näherer Betrachtung erweist es sich, dass diese weisse Auflagerung nicht nur das ganze wahre Stimmband bedeckt, sondern auch in den rechten Morgagni'schen Sinus eindringt und auf diese Weise den Rand des rechten falschen Stimmbandes berührt. Dieser Belag bildet keine feste, einförmige Masse, sondern besteht aus dachziegelförmig gelagerten Schuppen, welche, wie ein Hahnenkamm, in die Stimmritze mit unregelmässigen, verschieden grossen Spitzen hineinragen. Diese schuppigen Gebilde sind sehr brüchig, wovon man sich leicht beim Pinseln überzeugt.

Die Schleimhaut der linken Larynxhälfte ist gelockert und graulichroth. Der Eingang in den Sinus ist deutlich sichtbar.

Während der Phonationen erreichen die beiden Stimmbänder die Mittellinie, ohne vollständig zu schliessen, weil sich die Hervorragungen des Belages dazwischen lagern. Die hervorgebrachten Töne sind daher heiser. Durch den Druck des Belages während der Phonation wird das linke Stimmband gereizt.

Wenn man im Laufe von einigen Wochen den Krankheitsverlauf beobachtet und sich dabei ganz passiv verhält, so beobachtet man eine Reihe von Veränderungen. Der weisse Belag, nachdem er eine gewisse Länge und Breite erreicht, beginnt zuerst an den Rändern sich abzubröckeln, die glatter und dünner werden; später fällt die weisse Masse inselförmig aus der Oberfläche des Stimmbandes heraus, rosa Stellen hinterlassend. In Folge dessen erhält man ein scheckiges, buntgeflecktes Bild. Dieser Abschilferungsprocess kann so lange fortdauern, dass er

Digitized by Google

nur 2—3 schmale oder stecknadelgrosse Flecke von ein paar Millimeter hinterlässt. Bei diesem Zustand schwindet die Heiserkeit fast vollständig. Leider aber dauert dies nicht lange: rasch im Zeitraum von circa einer Woche bekommt das Stimmband wieder sein schneeweisses Aussehen. Erkältungen und kalte Jahreszeit begünstigen das Wachsthum der Massen. Ausserdem leidet der Patient noch an einer Hypertrophie der unteren Muscheln mit Nasenrachencatarrh und an einem Bronchialcatarrh mit mässigem Auswurf, in dem bei mehrfachen periodisch unternommenen Untersuchungen keine Tuberkelbacillen gefunden wurden.

Jede schonende Localtherapie (Pulverisationen mit Bromkalium und Natr. salicylicum, Bepinselungen mit Carbolpräparaten, Paramonochlorphenol etc.) erwies sich fruchtlos. Jeden gröberen operativen Eingriff (Entfernung, Auskratzen) mied ich aus Vorsicht, den unbekannten Krankheitsprocess in Anbetracht des vorgerückten Alters zu verschlimmern. Mit der Beseitigung der Rhinitis hypertrophica stellte sich die Nasenathmung ein mit nachfolgender Besserung: der Auswurf schwand fast gänzlich und die Heiserkeit wurde geringer bei Witterungswechsel. Das Abfallen und Wiederwachsen der Schuppen vollzog sich bedeutend langsamer. Den Sommer 1894—95 verbrachte Pat. im Bad Heustrich in der Schweiz. Starke Heiserkeit stellte sich seltener ein, das linke relativ gesunde Stimmband wurde blasser und die Schuppen erreichten niemals die früheren Dimensionen, sondern fielen in kleinen Stückchen ab.

Mit was für einem Process im Kehlkopf haben wir es zu thun? Ist es eine Pachydermial aryngis? Das typische klinische Bild der Pachydermie characterisirt sich gewöhnlich durch eine oder zwei längliche, kleine, feste, hühneraugenartige Verdickungen, die an den Spitzen der Processus vocales liegen und Vertiefungen aufweisen. Ihre Farbe variirt von grauweiss bis mattroth. Das hyperplasirte Epithel sitzt fest. Der von mir beschriebene Process ist der Pachydermie nicht ähnlich, weder der Localisation, noch dem Aussehen nach; die häufige Abstossung und Nachwucherung der glänzend weissen Schuppen sprechen ebenfalls dagegen. Um die Natur der Ablagerungen zu bestimmen, wurden mit der Kehlkopfpincette Stückchen der weissen Masse mit dem darunter liegenden Gewebe exstirpirt.

Auf den microscopischen Schnitten sieht man, wie das tieferliegende, kernhaltige, gut begrenzte Epithel allmählich in das obere kernlose Epithel, welches leicht in längliche Zellen zerfällt, übergeht. Blos auf Grund der theilweisen Verhornung des Epithels ist man nicht im Recht, eine Diagnose auf Pachydermia laryngis zu stellen. Vielleicht, mit der Zeit, wenn das casuistische Material auf Grund präciser pathologisch-anatomisch-microscopischer Untersuchungen sich vermehren wird, wird man auch den von mir beschriebenen Fall als eine Abart der typischen Pachydermia betrachten. Einstweilen aber auf Grund des hervorragendsten Symptoms — der Abschilferung — schlage ich vor, diese Form Laryngitis desquamativa zu nennen. Die Ursache dieser Erkrankung ist unklar, ebenso der sogenannten Leucoma, Leucoplakia, Psoriasis, Ichthyosis, Tylosis, Keratosis lingualis; alle diese Krankheitsprocesse sind bis jetzt noch nicht aufgeklärt und identificirt.

Digitized by Google

Zur Pathologie und Therapie der Rachenmandel.

Von

Dr. **Hugo Beckmann**, Berlin.

Zur Entfernung der sogenannten adenoiden Vegetationen sind nach und nach so viele Operationsmethoden angegeben worden und werden immer noch neue erfunden, dass leicht zu erkennen ist, wie wenig die bisherigen befriedigten. Gewiss liegt ein grosser Theil der Schuld an der Schwierigkeit, dem schwer zugänglichen Operationsgebiet beizukommen, aber den Hauptantheil an den wenig günstigen Resultaten trägt die unglückliche Vorstellung von den adenoiden Vegetationen. Und so wenig hat man sich bis jetzt hiervon zu emancipiren gewusst, dass sogar Trautmann, der zuerst die Existenz einer Rachenmandel betonte, doch zur Entfernung derselben einen scharfen Löffel empfahl, der wohl geeignet ist, Wucherungen und Granulationen fortzuschaben, aber nicht, eine Mandel zu exstirpiren.

Es giebt ausser der Rachenmandel keine Vegetationen im Schlundkopf, wenn wir nicht etwa die als Granula bekannten Gebilde dafür ansehen wollen. Die adenoiden Vegetationen sind nichts weiter als die hypertrophirten, zwischen den Spalten gelegenen Blätter der Rachenmandel, welche natürlich durch Verwachsung unter sich und mit der Umgebung die verschiedenste Gestalt annehmen können. Im Uebrigen ist die Rachenmandel genau so ein anatomisch abgegrenztes Gebilde, wie die Gaumenmandel, die ja auch öfter mit ihrer Umgebung, besonders den Gaumenbögen, verwächst. Es müssen aber nicht nur diese als Wucherungen imponirenden Blätter der Rachenmandel entfernt werden, sondern unbedingt auch das darunter liegende compacte Gewebe, welches auch die so oft erkrankte Schleimdrüsenschicht enthält.

Diese Erwägungen führten mich zur Construction eines Messers, mit dem es gelingt, die Rachenmandel in toto von der Fibrocartilago basilaris und der hinteren Rachenwand in einem Zuge abzuschneiden. Ich habe dasselbe bereits am 20. März 1893 in der Berliner medicinischen Gesellschaft und 1895 in der Versammlung der Otologischen Gesellschaft zu Jena demonstrirt.

Jetzt verfüge ich über 5000 operirte Fälle, die wohl ein einigermaassen abschliessendes Urtheil über den Werth der Methode gestatten dürften. Die auf diese Art ausgeführten Operationen gestalteten sich so einfach, zeigten einen so glatten Verlauf und so vorzügliche Resultate, dass sich bald eine weit ausgedehntere Indicationsstellung ergab und eine Reihe von Contraindicationen fortfiel. Und so hob sich denn der Procentsatz der Operirten schnell, so dass die 5000 erwähnten Fälle etwa 50 pCt. des gesammten, meine Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten aufsuchenden Materials darstellen. Bei der Durchsicht dagegen von etwa 30 Jahresberichten der von den namhaftesten Vertretern unserer Specialwissenschaft geleiteten Anstalten finden wir einen Durchschnittssatz von etwa 6 pCt. der entfernten Rachenmandeln zur Gesammtzahl der Kranken. So operirte Wilhelm Meyer, der Entdecker der adenoiden Vegetationen, unter 1083 Ohrenkranken 70 (7,4 pCt.); Gottstein, der Erfinder des verbreitetsten Operationsinstrumentes, unter 1893 64 (3,4 pCt.); Schwartze unter 1636 95;

Digitized by Google

Jurasz unter 4084 170; Lemcke unter 1030 121; Gruber unter 4287 im Jahre 1889 0, im Jahre 1895 unter 6113 Kranken 64 oder 1 pCt. Meine Zahlen sind also im Mittel etwa 8 Mal so hoch als die der anderen Operateure. Der Grund dieser enormen Verschiedenheit kann nur in der Insufficienz der bisherigen Operationsmethoden gefunden werden, denn nur die Operationserfolge haben mich zur Erweiterung der Vorstellung von der pathologischen Dignität und damit der Indicationsstellung geführt. Entfernt man aber nur die sogenannten Vegetationen, sei es mit dem Finger, mit der Schlinge, Löffel oder Curette, so tritt nicht nur der beabsichtigte Erfolg meistens nicht ein, sondern durch Schaffung einer zerklüfteten und zerfetzten Wundfläche, die der Infection sehr leicht zugänglich ist, werden oft noch schwere Nachtheile hervorgerufen.

Das zu dieser Operation construirte Messer ist in einem viereckigen Rahmen angebracht, der in stumpfem Winkel einem geraden Stiele aufsitzt. Das Hauptgewicht ist auf eine genau abgemessene Winkelstellung des Rahmens zum Stiel und eine richtige Abknickung des Rahmens selbst gelegt. Das Messer steht so, dass es bei richtiger Schnittführung genau parallel der Pars basilaris des Hinterhauptbeins schneidet. Jede Abweichung hiervon macht das Messer mehr oder weniger unbrauchbar. Dasselbe muss scharf sein wie ein gut geschliffenes Scalpell und nicht, wie die meisten Operateure immer wieder betonen, stumpf. Mit dem stumpfen Messer kann man nur unter ganz besonders günstigen Umständen die Rachenmandel gut entfernen. Zur Operation nimmt ein Wärter den Patienten auf den Schooss, fixirt ihm Arme und Beine, ein Assistent schiebt mit der rechten Hand einen Meyer'schen Mundkeil zwischen die Zahnreihen, umgreift mit der linken Hand das Kinn und schiebt den horizontal zwischen Arm und Brust fixirten Kopf des Patienten stark nach vorn. Der Operateur drückt mit einem Pflasterspatel die Zunge nieder, geht mit dem Messer hinter das Gaumensegel und sondirt sich mit demselben an dem Septum hinauf bis zum Rachendach. Zwischen Septum und Mandelansatz wird das Messer gegen das Rachendach kräftig angepresst und nun in starkem Zuge die Mandel von der Fibrocartilago und der hinteren Rachenwand abgegraben. Die eigentliche Schnittführung lässt sich kaum genügend beschreiben, sie muss durch lange Uebung erlernt sein. Einmal eine Rachenmandel gut zu entfernen gelingt auch dem Ungeübten, in einer langen Reihe von Operationen jede gut auszuführen, ist eine nur durch lange Uebung zu erlernende Kunst. Nachdem man sich an der herausbeförderten Mandel oder durch Digitaluntersuchung überzeugt hat, dass die Operation gut vollendet, wird der Kopf des Patienten nach hinten gebeugt und dieser angewiesen, durch die Nase hochzuziehen und das den Rachen hinabfliessende Blut zu schlucken. So steht die Blutung sehr schnell, häufig ohne dass davon etwas zum Vorschein kommt, und Patient wird dann nach etwa halbstündigem Warten und nochmaliger Beobachtung nach Hause geschickt mit der Weisung, bis zum folgenden Tag das Bett zu hüten und vorwiegend feste Nahrung — mit Ausschluss der zu heissen — zu sich zu nehmen. Für ein gutes Gelingen der Operation müssen nun alle die genannten Factoren richtig ineinandergreifen. Der Operateur muss die nöthige Uebung und Geschick-

Digitized by Google

lichkeit besitzen, die sich nicht so leicht, wie man wohl glauben könnte, erwirbt. Das Messer muss scharf sein, am besten zieht man es sich selbst, wie ich das zu thun pflege, vor jedem Gebrauch mit einem sogenannten Kansassteine ab. Von grosser Wichtigkeit ist das richtige Halten des Patienten; eine Kunst, die ebenfalls gelernt sein will. Der Druck des Messers, welches je nach dem Alter des Patienten in fünf verschiedenen Grössen gewählt wird, muss nach der Beschaffenheit der Mandel ein verschiedener sein; beim Säugling genügt ein leichtes Andrücken, beim älteren Kinde, sowie beim Erwachsenen ist manchmal ein Gegenpressen mit ganzer Armkraft erforderlich. Als Norm ist nur ein Schnitt anzusehen und auf die gute Ausführung dieses einen Schnittes alles Gewicht zu legen; derselbe muss vor allen Dingen tief genug gehen, also am Rachendach bis auf die Fibrocartilago, an der hinteren Wand bis auf die Musculi recti capitis. Oft nehmen wir sogar eine dünne Schicht von geringerem oder grösserem Umfange der Fibrocartilago mit fort, da sich bei dem Operiren im Dunkeln der Druck nie so genau reguliren lässt und andererseits auch von einer tieferen Schnittführung nie irgend ein Nachtheil beobachtet wurde. Ist der Schnitt aber nicht genügend tief geführt oder ein Theil der Mandel vom Messer nicht mitgefasst worden, so muss man je nach den Umständen sofort noch einmal eingehen oder die Operation nach einer angemessenen Zeit wiederholen. Zuweilen kommt es vor, besonders bei Erwachsenen, dass die Mandel am unteren Ende nicht ganz losgetrennt, an einer Schleimhautbrücke in den Rachen hinunterhängt; für diesen Fall halten wir ein Hartmann'sches Conchotom oder eine Stahldrahtschlinge zur vollständigen Loslösung immer in Bereitschaft. Gegen etwaige Nachblutungen ist das Beste Ruhe. Wir lassen die Patienten, wie auch bei allen Nasenoperationen, auf dem Rücken liegen und das etwa fliessende Blut schlucken, um die mit dem Ausspucken verbundenen Bewegungen und Blutdruckerhöhungen zu vermeiden. Eine Tamponade ist wohl nur in extrem seltenen Fällen nothwendig. Stellen sich doch wieder Blutungen ein, so ist meistens ein unvollständig abgetrenntes Stück zurückgeblieben. Nach Entfernung desselben steht die Blutung.

Infectionen kommen vor, sei es, dass die Erreger schon in der Mandel waren, sei es, dass sie durch den Luftstrom anf die Wunde gelangten; dass sie vom untersuchenden Finger oder den Instrumenten übertragen werden, halte ich für vermeidbar. Eine Infection verläuft aber auf der glatten Wundfläche und wegen der geschaffenen freien Nasenpassage leicht und schnell im Gegensatz zu den schweren Erscheinungen, die oft von unregelmässig zerfetzten Resten ausgehen.

Aus meinem grossen, auf die beschriebene Art operirten Material ergeben sich nun eine Reihe von neuen Gesichtspunkten, die wohl geeignet sind, unsere bisherigen Anschauungen vollständig umzugestalten Es versteht sich dies sowohl für die Pathologie der Rachenmandel und der gesammten Luftwege, als auch für die mit der Entfernung der Rachenmandel zu erzielenden Resultate und damit für die Indicationsstellung überhaupt.

Ob die Rachenmandel angeboren so vergrössert vorkommt, dass sie den Nasenluftweg verlegt, ist eine offene Frage und eigentlich wohl

Digitized by Google

nur zu entscheiden an dem Material der Entbindungsanstalten. Dagegen ist die Disposition zur Vergrösserung derselben sehr oft als vererbt nachzuweisen und es ist nicht nur das familienweise Auftreten derselben — ich habe einmal fünf Geschwister an einem Tage operirt — sondern besonders das directe Herstammen der Vererbung von einem Ehegatten häufig zu beobachten.

In einer Familie mit 11 Kindern kamen die 5, die dem Vater ähnlich sahen, alle zur Operation, während die 6 der Mutter ähnlichen Kinder ganz gesunde Verhältnisse zeigten. Der Vater war nicht nur selbst halsleidend, sondern stammte auch aus einer Familie, deren Halsleiden der Beschreibung nach auf Erkrankung der Rachenmandel einen Rückschluss gestatteten. Es besteht aber diese Disposition nicht nur für Erkrankung der einen Mandel, sondern eher in einer krankhaften Anlage des ganzen Lymphapparates oder wohl besser der Lymphe selbst.

Die Disposition zur Vergrösserung äussert sich in einer Empfänglichkeit für allerlei Infectionen und diese sich häufenden Infectionen bilden mit der erblichen Anlage einen circulus vitiosus, indem diese die Entzündungen begünstigt und jede Entzündung mit der Vergrösserung auch eine erhöhte Disposition zu neuen Infectionen setzt. Bei einem so disponirten Kinde kann der erste Schnupfen schon eine so bedeutende dauernde Vergrösserung der Rachenmandel hinterlassen, dass die Nasenathmung dadurch behindert wird. Die dadurch hervorgerufenen Störungen sind erhebliche, erschwertes, ja beinahe unmögliches Saugen mit fortwährendem Verschlucken und ungenügende, oft röchelnde, manchmal von Erstickungsanfällen begleitete Athmung. Diese Zustände sind ausserordentlich häufig, doch kommen sie anscheinend nur selten zur Operation, da in der Literatur nur spärliche Angaben über einige wenige Fälle zu finden sind. Ich setze meine Statistik aus dem Jahre 1893 hierher, die mir gerade zur Hand ist und allerdings besonders viele Säuglinge aufweist.

Operirt wurden Patienten:

0—½	Jahr	39	4	Jahre	71	13—14	Jahre	66
½—1	„	29	5—6	„	103	15—16	„	40
1	„	39	7—8	„	121	17—18	„	32
2	„	50	9—10	„	89	19—20	„	18
3	„	68	11—12	„	86	21—25	„	42
						26—30	„	25

Das jüngste Kind war ein Zwilling von drei Wochen. Vielfach wird der Schnupfen der Kinder noch für luetisch gehalten; ich kann nur sagen, dass er auch bei Kindern mit sonstigen Zeichen von Lues meist durch Rachenmandeloperation zu heilen ist. Die Operation beim Säugling ist etwas schwierig durch das Hochliegen der Zunge und die geringe Höhe des Nasenrachenraumes und eine gute Ausführung der Operation ist hier, wie leicht einzusehen, besonders wichtig. Man muss sich nach Einlegung des Mundkeiles durch kräftiges Niederdrücken der Zunge und Rückwärtsbeugen des Kopfes Zugang zur hinteren Rachenwand zu schaffen suchen. Im Uebrigen hatte ich mir bei völligem Mangel eines Instruments für Säuglinge ein solches zuerst construirt, und erst auf Grund der hiermit erreichten Erfolge sind die anderen Messer angefertigt worden.

Digitized by Google

Ich nahm bereits vorweg, dass der Schnupfen die Vergrösserung der Rachenmandel bedinge. Es giebt jedoch zwei grosse Gruppen von Schnupfen, die sich am besten als Reizschnupfen und als infectiöser Schnupfen bezeichnen lassen. In früher Jugend spielt aus später zu erörternden Gründen fast nur der Infectionsschnupfen eine Rolle und dieser besteht nicht, wie die bis jetzt unbestrittene Ansicht ist, in einer Erkrankung der Nase, sondern ist eine Entzündung der Rachenmandel, an der sich die Nase secundär betheiligt. Der Fundamentalsatz für die Pathologie der oberen Luftwege lautet: Der typische, acute, von eitriger Secretion gefolgte infectiöse Schnupfen besteht in einer primären Entzündung der Rachenmandel, die die Eingangspforte des Virus bildet. Die Nase mit ihren Nebenhöhlen, Tube und Mittelohr, sowie Kehlkopf und die gesammten tieferen Luftwege können sich daran betheiligen. Andererseits kann die acute Rachenmandelentzündung ganz isolirt verlaufen und kündigt sich dann häufig nur durch etwas Fieberbewegungen, Mattigkeit, Genickschmerzen und vermehrte Schleimsecretion im Rachen an. Manchmal wird sie auch ganz übersehen.

Die entzündete Rachenmandel sieht, abgesehen vielleicht von den ersten beiden Tagen, nicht geröthet aus, wie wir das allgemein beschrieben finden, sondern eher blass in Folge der vermehrten Infiltration mit Lymphkörperwesen und Durchwanderung derselben durch das Epithel. Sie ist vergrössert, ihre Grenzen gegen die Umgebung, sowie die der einzelnen Spalten verwischt oder mit Secret gefüllt wie die Lacunen der Gaumenmandeln. Beim Erwachsenen fällt ausserdem oft die starke Verkürzung des Rachendaches auf, so dass die hintere Rachenwand direct von der Ansatzstelle des Septums herabzusteigen scheint. Auch die Schleimhaut der Nase sieht ebenso wie die des Kehlkopfes, wenn sie an der Eiterung theilnimmt, blass rosa bis hell ziegelroth aus und nicht stark geröthet, wie wir immer wieder beschrieben finden, anscheinend in Folge einer Autosuggestion, dass entzündete Theile geröthet seien. Speciell das Schwellgewebe der unteren Muscheln liegt dem Knochen an, die Oberfläche ist höckerig durch die verschieden starke Infiltration, die Nasenhöhle weit, mehr oder weniger mit Secret angefüllt, so dass ich öfter von Anfängern eine Verwechselung mit Atrophie gesehen habe. Im Kehlkopf ist namentlich die hintere Wand stark infiltrirt, die in Verbindung mit der Blässe und der Secretanhäufung auch mal für Tuberculose gehalten wird. Diese secundäre Form des acuten Kehlkopfcatarrhs ist die häufigste und von der primären, bei der die Röthung der Schleimhaut in erster Linie imponirt, wohl zu unterscheiden. Ist aber der Kehlkopf durch irgend welche sonstige Ursachen hyperämisch, wird das Bild entsprechend modificirt. Häufig betheiligen sich die Gaumenmandeln an den Entzündungen der Rachenmandel secundär, selten aber umgekehrt. Meist wird eine derartige secundäre Tonsillitis für primär gehalten und der eigentlich primäre Herd übersehen. So ist die nach galvanocaustischen Eingriffen in der Nase auftretende Tonsillitis lacunaris wohl stets von einer Entzündung der Rachenmandel eingeleitet, und noch öfter tritt letztere allein auf und wird übersehen. Dass der typische acute, eiterige Schnupfen ansteckend ist und eine Infectionskrankheit, wusste man schon sehr lange, und schon Friedreich versuchte durch Uebertragen des Secrets auf

Digitized by Google

die gesunde Nasenschleimhaut die infectiöse Natur desselben zu erweisen, aber ohne Erfolg. Ich habe vor zwei Jahren das Secret auf eine gesunde Rachenmandel eingerieben und typischen Schnupfen dadurch erzielt. Zu weiteren Versuchen hatte ich keine Veranlassung, da mir der Satz, dass die Rachenmandelentzündung das Primäre des typischen Infectionsschnupfens sei, nicht nur dadurch erwiesen schien, sondern noch mehr durch folgende Beobachtungen:

1) Bei jedem derartigen Schnupfen sieht man eine acute Rachenmandelentzündung.

2) Häufig sieht man die acute Rachenmandelentzündung und erst nach Stunden oder am folgenden Tage den Schnupfen auftreten.

3) Entfernt man, besonders bei Kindern mit Schnupfen, die acut entzündete Rachenmandel gründlich, so hört die Secretion fast ganz auf, womit zugleich bewiesen wird, dass die Rachenmandel einen grossen Antheil an dem Secret liefert. Die Nasenschleimhaut betheiligt sich nur secundär an der Entzündung; sie ist für Infection wenig zugänglich und lässt auch bei bestehender Entzündung kaum Infectionsstoffe durch. So sehen wir bei der sog. Rhinitis fibrinosa den Diphtheriebacillus auf der Nasenschleimhaut wuchern ohne erhebliche Störung des Allgemeinbefindens. Die Aufnahme der Toxine ist offenbar nur eine geringe, die nicht krank macht, wohl aber anscheinend eine Immunisirung herbeiführt. Anders ist das dauernde Freibleiben der sonst so empfänglichen Mandeln nicht zu erklären. Eine Nebenhöhleneiterung verläuft meist ohne erhebliche Beeinträchtigung des Gesammtorganismus, während eine Mandelentzündung oder ein Peritonsillarabscess, der übrigens meist durch die Rachenmandel und nicht die Gaumenmandel inducirt wird, das Allgemeinbefinden oft in schwerster Weise alterirt.

Beim Säugling sind es dann noch besonders zwei Krankheiten, deren enge Beziehungen zur Rachenmandel ich besonders hervorheben möchte, die Rhachitis und der Laryngospasmus. Dass das Lymphgefässsystem in engen Beziehungen zum Wachsthum überhaupt und besonders zur Knochenbildung steht, ist bekannt und deshalb die das Lymphsystem und die Ernährung so sehr schädigenden Erkrankungen der Rachenmandel als ätiologisches Moment für Entstehung der Rhachitis leicht erkennbar. Mir wurden die Kinder meist wegen der so häufigen Erkrankungen der Luftwege zugeführt, welche durch die Operation auf's Günstigste beeinflusst wurden. Aber auch die Erscheinungen am Knochensystem sah ich bei den Kindern, die ich länger zu beobachten Gelegenheit hatte, auffallend besser werden. Am eclatantesten aber ist der Erfolg bei dem mit Rhachitis eng liirten Laryngospasmus. Ich habe in leichten und schweren Fällen von Laryngospasmus mit und ohne Eclampsie wirklich glänzende Resultate gesehen. Oft folgten der Operation überhaupt keine Anfälle mehr, manchmal kamen durch Reaction der Wundfläche Anfälle wieder, schwanden aber dauernd mit völliger Wiederherstellung des Nasenluftweges. Dass durch die Rachenmandel schwere nervöse Störungen verursacht werden, ist bekannt, und dass die ständige Mundathmung und das fortwährende Hinabfliessen von Schleim in den Kehlkopf, sowie das Antrocknen desselben wohl geeignet ist, bei einem so disponirten Kinde einen Krampf der Glottisschliesser auszulösen, ist leicht einzusehen. Jedenfalls scheint mir

Digitized by Google

diese Theorie von vorn herein weit plausibler als alle anderen, abgesehen davon, dass der Beweis ex adjuvantibus erbracht ist.

Gerade über den Zusammenhang von Rhachitis und Laryngospasmus mit der Rachenmandel wären Beobachtungen einer grossen stationären Kinderklinik äusserst wünschenswerth.

Der Anhang des Respirationstractus, Tube und Mittelohr stehen durch die unmittelbare Nachbarschaft zur Rachenmandel in besonders engen Beziehungen, da sowohl eine Vergrösserung oder Schwellung derselben durch Druck auf den Tubenwulst die Rachenmündung der Tube verlegt, als auch Entzündungen und Eiterungen derselben besonders leicht auf das Mittelohr sich fortsetzen. Klar wird ja der Zusammenhang erst, wenn man mit mir annimmt, dass die Oeffnung der Tube in zwei Abschnitten erfolgt, dass der Constrictor superior in Verbindung mit dem Levator die Rachenmündung und der Tensor veli den lateralen Theil öffnet.

Bei mehr oder weniger erheblicher Verlegung der Mündung durch die vergrösserte und entzündete Rachenmandel wird bei jedem Schluckacte durch die Contractionen des Tensor das der Mandel entstammende infectiöse Material direct in's Mittelohr angesaugt. Je jünger nun ein Kind ist, desto enger sind die Verhältnisse, desto näher der Tubenwulst dem Rachendach, und desto leichter führt eine nur geringe entzündliche Schwellung der Rachenmandel eine Verlegung der Tubenmündung herbei. Dieses nun in Verbindung mit der vorhin erörterten Häufigkeit der acuten Rachenmandelentzündungen erklärt uns die grosse Zahl der Mittelohrexsudate und Eiterungen bei Säuglingen und Kindern überhaupt. Dass diese Infectionen durch Blut oder Lymphstrom entstehen, ist relativ selten, ebenso wie die Entstehung vom äusseren Gehörgang oder durch Fortleitung von den Hirnhäuten aus. Ich nehme also nicht nur, wie Wilhelm Meyer empfahl, die Rachenmandel fort bei den durch ihre Vergrösserung bedingten Tubenverlegungen, sondern auch bei den acuten und chronischen exsudativen und eitrigen Mittelohrentzündungen, sobald wir festgestellt haben, dass der Process von der Rachenmandel veranlasst respective unterhalten wird. Und das ist in mindestens 95 pCt. der gesammten Mittelohrleiden im Kindesalter der Fall.

Als Gegenindication galt bisher jeder acute Reizzustand des Ohres; ich kann aber gerade für die acuten Eiterungen und Exsudate die Entfernung der Rachenmandel nicht dringend genug empfehlen; ich habe z. B. 1893 bereits in 285 Fällen von acuter Mittelohrentzündung die Rachenmandel mit vorzüglichem, durch keine andere Methode auch nur annähernd zu erreichendem Erfolge entfernt. Paracentese wird, da das Exsudat nach unserer Operation durch die Tuba abgesaugt wird, nur selten nöthig und das etwas plumpe und oft gefährliche Politzer'sche Verfahren so gut wie gar nicht. Wir können mit der Rachenmandeloperation so unendlich viel mehr, sowohl für Function des Ohres wie auch für die Eiterungen curativ und prophylactisch erreichen, dass die geringe Anzahl der von den Autoren ausgeführten Operationen nur der ungenügenden Operationstechnik zur Last gelegt werden kann. Auf die Bedeutung der Rachenmandel für die Ohrenleiden Erwachsener komme ich noch später zurück.

Eine der häufigsten und wichtigsten Krankheiten des Kindesalters,

Digitized by Google

die Scrophulose und ihre Abhängigkeit von Vergrösserung und Eiterung der Rachenmandel, habe ich bereits in einem am 22. März 1893 in der „Medicinischen Gesellschaft“ zu Berlin gehaltenen Vortrage betont. Da derselbe durch ein Versehen nicht in die Verhandlungen aufgenommen wurde, so sei es mir gestattet, nach einem in der „Deutschen Medicinal-Zeitung“ 1893, No. 27, erschienenen Referate zu citiren: „Zum Schlusse spricht Vortragender über Scrophulose und ihre Abhängigkeit von Vergrösserung und Eiterung der Rachenmandel. Er unterscheidet drei Reihen von scrophulösen Erscheinungen: 1) eine periphere nicht tuberculöse, die Nasen- und Ohreneiterungen, die Eczeme, die Augen-Entzündungen, die Catarrhe der Respirationsschleimhaut, 2) eine theilweise tuberculöse, die Erkrankungen der Drüsen, des Halses, der Bronchien und des Mesenteriums und 3) ausschliesslich tuberculöse, die scrophulösen Knochen- und Gelenkentzündungen. Die erste Reihe der Erscheinungen werde direct durch die eiternde Rachenmandel hervorgerufen, indem der von derselben gelieferte Eiter theils verschluckt werde, theils durch die Nase abfliesse und hier Eczeme des Naseneinganges, der Oberlippe und des Gesichtes veranlasse. Von hier aus werde dann das infectiöse Secret in die Augen, auf den Kopf verschleppt und erzeuge dort entsprechende Erkrankungen. Durch Infection und Verlegung der Tube von Seiten der Rachenmandel werden Ohreiterungen veranlasst und unterhalten, und durch Verlegung des Nasenluftweges die Catarrhe. Von der Rachenmandel oder von den durch Mundathmung für Infection zugängig gemachten Luftwegen oder von den Eczemen gelangen Keime in die Lymphdrüsen, theils Tuberkelbacillen, theils andere Microben, und von den Lymphdrüsen gelangen dann die Tuberkelbacillen in das Blut, um hier die Erscheinungen der dritten Reihe zu erzeugen. Therapeutisch genügt die Amputation der Rachenmandel, um die Symptome der ersten Reihe entweder sofort zum Verschwinden zu bringen oder dieselben der sonst machtlosen Therapie sehr zugängig zu machen. Auch einfache Drüsenschwellungen bilden sich danach zurück. Der Symptomencomplex der Scrophulose wird also meist durch die eiternde Rachenmandel ausgelöst, und es sei am besten, den Begriff der Scrophulose fallen zu lassen.“

Auch heute, wo in einer grossen Anzahl von Fällen bereits das Vorkommen von tuberculöser Erkrankung der Mandeln nachgewiesen ist, stehe ich auf dem gleichen Standpunkt und möchte nur hinzusetzen, dass ebenso wie die Lymphdrüsen die Tuberkelbacillen wohl zurückhalten, aber doch meist durchlassen, auch die Tuberkelbacillen meist die Rachenmandel passiren werden ohne besondere Tuberkel in derselben zu bilden. Besonders die klinische Beobachtung spricht dafür, dass gerade bei den acuten Entzündungen mit ihrem kolossalen Austausch von weissen Blutkörperchen die Tuberkelbacillen mit den andern Infectionsstoffen zur Aufnahme gelangen. Die Ansicht, dass wir es bei der bei Kindersectionen so häufig gefundenen Bronchialdrüsentuberculose mit dem primären Herd zu thun hätten, und die Halstuberculose eine aufsteigende secundäre sei, wird durch nichts gestützt, als dadurch, dass man es eben verabsäumt hat, die tieferen Halsdrüsen bei den Sectionen genauer zu untersuchen, sonst würde sich das Häufigkeitsverhältniss gewaltig zu Gunsten der primären Halsdrüseninfection

Digitized by Google

verschoben haben. Die Ansicht Trautmann's, dass die vergrösserte Rachenmandel immer tuberculöser Natur sei, ist ebensowenig haltbar als wie, dass jede vergrösserte Gaumenmandel oder Lymphdrüse tuberculös ist. Doch gerade die Erkenntniss, dass die Rachenmandel und in zweiter Linie auch Gaumen- und Zungenmandel die Eingangspforte auch der Tuberkelbacillen bildet, bestätigt uns, dass wir in der Entfernung derselben das wichtigste prophylactische Mittel gegen die Tuberculose besitzen. Es ist deshalb auch irrationell, bei tuberculösen Halsdrüsen diese zu exstirpiren und etwa die Eingangspforte unberücksichtigt zu lassen, wie das üblich ist. Wir können hier durch Entfernung der Mandel nicht nur häufig einen vorhandenen Infectionsherd ausschalten, sondern öfter noch die locale Disposition zu Reinfectionen beseitigen. Wenn nun auch die Rachenmandel in der Jugend am häufigsten zu Störungen Anlass giebt, vor allen Dingen durch ihre engen Beziehungen zum Lymphgefässsystem, zur Entwicklung der das Kind so oft heimsuchenden Infectionskrankheiten, dem Scharlach, den Masern, der Diphtherie, der Scrophulose und Tuberculose der Drüsen und Knochen, so bedeutet sie auch nach ihrer Rückbildung beim Erwachsenen den Angelpunkt der gesammten Erkrankungen der oberen Luftwege und des Mittelohrs. Meist sind die Anlagen zu diesen Erkrankungen oder diese selbst mit der vergrösserten Rachenmandel in das spätere Leben übernommen und die Verhältnisse gestalten sich nur in so fern anders, als die Rachenmandel mit der Rückbildung kleiner, dafür aber häufiger von Herderkrankungen befallen wird; der Nasenrachen wird geräumiger, daher die Beeinträchtigung der Nasenathmung und die Bedrohung der Tube geringer; dafür fallen aber die secundären Schleimhautdegenerationen der Nase mehr in's Gewicht und die Functionsstörungen des Ohres zeigen sich der Rückbildung weniger zugängig. Die acuten Entzündungen sind weniger häufig, bedingen aber trotz der offenbar grösseren Abgeschlossenheit der Mandel vom Lymphgefässsystem doch oft schwere Allgemeininfectionen und auch nicht selten locale Metastasen in entfernten Organen, wie Hoden und Gelenken. Von grösserer Bedeutung als in der Jugend sind also besonders die Herderkrankungen, die am häufigsten in der Form der Cysten und Käseherde mit schleimigem oder breiigem Inhalt von verschiedener Farbe und Consistenz sowohl in der adenoiden als auch in der Schleimdrüsenschicht vorkommen. Tornwaldt, der das grosse Verdienst hat, zuerst diese Erkrankungen erkannt und beschrieben zu haben, glaubte, dass sich dieselben nur im Bereiche der mittleren Spalte finden; sie kommen aber an der ganzen Rachenmandel und meist multipel vor und reichen auch an den anderen Stellen oft bis in die Fibrocartilago. Die Käseherde sind manchmal höchst übelriechend. An den bei Erwachsenen von mir entfernten Rachenmandeln finde ich Herderkrankungen in über der Hälfte der Fälle. Bei dem neuerdings vielfach constatirten Befunde der Tuberculose mögen dieselben häufig derselben zuzurechnen sein. In der Jugend finden wir Cysten und Käseherde weniger oft; einen ganz gewöhnlichen Befund bilden sie bei an Ozäna erkrankten Kindern, da hier durch die Operation oft recht schöne Resultate zu erzielen sind, so möchte ich ihnen eine ätiologische Bedeutung zuschreiben.

Digitized by Google

Herderkrankungen sind fast immer mit Hypertrophie der Mandel verbunden, so dass ihre Erscheinungen schwer auseinander zu halten sind. Eine hypertrophische Mandel veranlasst wohl Hypersecretion, doch nicht chronische Eiterung; diese kommt meist nur bei Herderkrankungen vor. Ebenso verursachen letztere allerlei abnorme Sensationen im Rachen, die so oft fälschlich als nervöse Erscheinungen aufgefasst werden, sowie Kopf- und Genickschmerzen und zwischen den Schulterblättern oder sonst localisirte Empfindungen. Auch liefert ihr Secret, hinabfliessend lackartig antrocknend, oft das Bild der Pharyngitis und Laryngitis sicca.

Die von Tornwaldt auf Erkrankung der mittleren Spalte zurückgeführte muschelförmige Borke am Rachendach tritt meist am Ende der acuten Entzündung der ganzen Mandel beim Erwachsenen auf. Die Form der Muschel wird durch die Bewegungen der hinteren Rachenwand und der Tubenwülste bestimmt. Mit dem Aufhören der Secretion verschwindet sie dann von selbst. Oft aber beruht sie auch auf Herderkrankungen. Die Pharyngitis granulosa ist meist von acuten Rachenmandelentzündungen in der Jugend veranlasst; wir sehen bei denselben häufig die Granula entstehen und bestehende sich vergrössern. Eine Therapie dieser Erkrankungen kann nur eine ursächliche sein; die galvanocaustische Behandlung der Granula der Rachenwand und der Seitenstränge hat schon viel Unheil angerichtet und ist zu verwerfen.

Entsprechend ihrer dominirenden Stellung den Erkrankungen der oberen Luftwege gegenüber ist auch die ätiologische Bedeutung der Rachenmandel bei dem sogenannten chronischen Catarrh der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes. Die Entzündungen der Rachenmandel setzen sich theils direct auf diese benachbarten Theile fort, theils unterhält das ständig von der Rachenmandel kommende Secret Reizzustände in diesen Organen. In der Nase tritt besonders in Folge der Ansammlung des Secretes am Nasenboden Degeneration des unteren Randes der unteren Muschel ein. Da hierdurch meist Mundathmung veranlasst wird, entsteht hierin auch noch ein weiteres schädigendes Moment für Rachen und Kehlkopf. Das von der Mandel an der hinteren Rachen- und Kehlkopfwand herabfliessende, oft antrocknende, Secret veranlasst Kratzen, Kitzeln und allerlei belästigende Sensationen. Es veranlasst Würgen, Erbrechen, Husten und Heiserkeit, kurz das typische Bild des chronischen Rachen- und Kehlkopfcatarrhs. Die Therapie hat vor allen Dingen die Aufgabe, die Rachenmandelerkrankung und die secundär degenerirten Schleimhautparthien der Nase zu beseitigen, wobei natürlich die übrigen etwa vorhandenen Anomalien und Erkrankungen der Nase einer entsprechenden Behandlung zu unterziehen sind. Rachen und Kehlkopf bedürfen nur in verhältnissmässig geringem Procentsatz einer besonderen Behandlung. Nur ist hier der Vermeidung der Schädlichkeiten und dem Zustande der sonstigen Organe, namentlich dem Gefäss- und Nervensystem, sowie den Verdauungsorganen die gebührende Aufmerksamkeit zuzuwenden. Doch wird es uns mit dieser rationellen localen Therapie meistens gelingen, die Luftwege des Patienten gesund zu erhalten, ohne in seine gewohnte Lebensführung und berufliche Thätigkeit allzu störend eingreifen zu müssen.

Digitized by Google

Die Mittelohrleiden der Erwachsenen sind meist aus der Jugend mit der hypertrophischen Rachenmandel herübergenommen. Auch hier bilden die acuten Rachenmandelentzündungen die häufigste Ursache für acute und recidivirende Ohreiterungen und Catarrhe und die Hypertrophie der Mandel steht in innigem ätiologischem Zusammenhang mit dem sogenannten chronischen Catarrh. Selbst bei der so gefürchteten Sclerose ist die Entfernung einer bestehenden Rachenmandel und Nasenerkrankung das rationellste und einzig Erfolg versprechende Mittel, um in etwa dem fortschreitenden Processe Einhalt zu thun.

Auch bei Erwachsenen besteht die rationelle Therapie in der Operation der Rachenmandel. Auf eine gründliche Entfernung alles Erkrankten ist hier wegen der eventuellen Herderkrankungen und weil sich etwaige kleine Reste nicht von selbst zurückbilden, wie in der Kindheit, besonderes Gewicht zu legen. Dies ist aber einerseits wegen des grösseren Widerstandes, den das harte Gewebe dem Messer bietet und andererseits, weil jede Verletzung der hinteren Wand zu schlecht heilenden, lange secernirenden Wunden Anlass giebt, oft recht schwer auszuführen, und oft müssen wir noch neben dem Messer, zur völligen Glättung, zur galvanocaustischen Schlinge, die unter Spiegelleitung verwendet wird, greifen. Mit dieser gelingt es, die Reste, auch wenn sie schwer zugänglich sind, zu entfernen. Natürlich ist wegen der grossen Infectionsgefährlichkeit bei Brandwunden Vorsicht und peinliche Ueberwachung nöthig. Da aber oft kaum auf eine andere Weise eine vollständige Entfernung der Reste, namentlich bei starker Convexität der Pars basilaris und weitem Vorspringen des Atlas, möglich, so müssen wir schon die unvermeidlichen Nachtheile durch desto sorgfältigere Nachbehandlung auszugleichen suchen. Die meist bei Erwachsenen nothwendige gleichzeitige Behandlung der Nase besteht in uncomplicirten Fällen in Beseitigung der Septumverbiegungen und Leisten und Abtragung des degenerirten hinteren Endes und oft auch des ganzen unteren Randes der unteren Muschel, welche typische Operation ich als rationellen Ersatz für die immer noch in allgemeiner Anwendung befindliche galvanocaustische Zerstörung des physiologisch so wichtigen Schwellgewebes seit Jahren erprobt habe und auf das Dringendste empfehlen kann.

Eine Therapie der Rachenmandelerkrankungen mit Aetzungen, Auskratzungen der mittleren Spalte, Pinselungen, Inhalationen, Soolbädern und dergleichen halte ich nur in sehr leichten Fällen, die auch von selbst heilen, für aussichtsreich und wende sie daher auch nur selten an.

Es konnte nicht in meiner Absicht liegen, das gesammte Material erschöpfend auch nur in den Hauptumrissen hier zu verarbeiten, es kam mir vielmehr darauf an, einige Hauptpunkte, die ich für Fortschritte in der Pathologie und Therapie hielt, hervorzuheben. Das Wichtigste davon ist die Erkenntniss, dass die acute, infectiöse Entzündung der Rachenmandel eine der häufigsten Krankheiten ist, und dass dieselbe sowohl isolirt, als auch unter dem Bilde des typischen, acuten, eiterigen Schnupfens oder, besser gesagt, eines Catarrhs der gesammten Luftwege oder der ihr zunächst gelegenen Abschnitte derselben verlaufen kann.

Digitized by Google

Diese häufigen acuten Entzündungen bedingen eine viel schwerere Schädigung des Organismus, als die Mundathmung, der man bis jetzt alles zuschrieb. Durch ihre Fortsetzung auf's Ohr bildet diese die regelmässige Ursache der acuten Mittelohrexsudate und Eiterungen.

Die sog. Disposition zu Erkältungen ist im Kindesalter Rachenmandelerkrankung. Die chronischen Catarrhe und Eiterungen der oberen Luftwege und des Ohres werden theils durch die ewig recidivirenden Entzündungen der Rachenmandel, theils durch die Folgezustände, Vergrösserung und Herderkrankungen veranlasst und unterhalten. Die Rachenmandel bildet die Eingangspforte für die meisten der durch Inhalation übertragenen Krankheiten, oder sie macht durch Nasenverlegung erst die tieferen Luftwege den Infectionen zugänglich. Die Rachenmandel steht in engen Beziehungen zu Rhachitis und Laryngospasmus, zu Scrophulose und Tuberculose. Wenn wir nun den therapeutischen Werth der Operation abschätzen, so kann derselbe nicht hoch genug angeschlagen werden. Wir können mit der gut ausgeführten Operation sowohl curativ wie prophylactisch so viel leisten, wie es früher mit all' den Encheiresen, wie Inhaliren, Pinseln, Aetzen, Galvanocaustik u. s. w. für die Luftwege und dem Politzer'schen Verfahren und dem Katheter für die Ohren auch nicht im Entferntesten möglich war. Diese Verfahren sind theils völlig aus unserem Armamentarium geschwunden, theils ist ihr Gebrauch als wenig wirksam stark eingeschränkt. Erst die Erkenntniss, dass die Rachenmandel der Mittel- und Ausgangspunkt der meisten Erkrankungen der oberen Luftwege und der Ohren ist, hat unsere Therapie zu einer wirksamen und heilbringenden gemacht. Sie wird diese Erkrankungen dem aller anderen Therapie an Erfolgen so weit überlegenen Messer erobern. Und noch eine Schlussfolgerung möchte ich anknüpfen: Obere Luftwege und Ohren gehören zu einem Specialfache vereinigt, sie können nicht getrennt werden, und der Versuch ihrer Trennung ist nur der Unkenntniss ihrer engen Beziehungen entsprungen. Im Anfangsstadium seiner Wissenschaft sah eben der Laryngologe nur in den Kehlkopf, der Otologe nur in den Gehörgang. Dass der Nasenrachenraum ätiologisch wie therapeutisch das bei Weitem wichtigste Gebiet für beide Specialfächer sei, war unbekannt. Noch eine Frage drängt sich uns nun unwillkürlich auf: Wie kommt es, dass ein Organ so total schädlich und pathologisch für den Organismus sein soll? Und darauf giebt es meines Erachtens kaum eine andere Antwort, als dass die Rachenmandel den Ansprüchen, die etwa vor Jahrtausenden bei der geringeren Anzahl der Menschen und den ganz anderen Lebensbedingungen an sie gestellt wurden, voll genügte, dass aber heute bei dem dichten Zusammenleben, bei der veränderten Lebensweise ihre Leistungsfähigkeit versagt. Nase und Nasenrachenraum sind Desinfectionsräume für die Inspirationsluft, die Rachenmandel liefert Lymphkörperchen für Nase und Rachen, wie die Gaumenmandeln die Speichelkörperchen für den Mund. Jetzt, da sich der Organismus den veränderten Umständen, dem vermehrten Staub und vor allen Dingen den mehr verbreiteten und auch wohl virulenter gewordenen Infectionserregern noch nicht angepasst hat, reagirt die Rachenmandel mit Entzündungen und Vergrösserung, wodurch sie durch Aufhebung der Nasenathmung ihrer Bestimmung fast ganz entzogen

Digitized by Google

und zu einem schädlichen Bestandtheil des Organismus wird. Es ist zu erwarten, dass einerseits eine allmähliche Anpassung des Menschen erfolgt und andererseits durch Auswahl die zur Rachenmandelerkrankung besonders Disponirten ausgeschieden werden.

Bericht

über die Section XIIa für

Ohrenkrankheiten

des

XII. Internationalen Medicinischen Congresses in Moskau.

vom 19.—26. August 1897,

erstattet von Dr. **Arnold Löwenstern** in Moskau.

Dr. Arthur Hartmann (Berlin): Die Operation der adenoiden Wucherungen unter directer Besichtigung mit gerader Zange.

H. hat oft mit seinem Conchotom diese Vegetationen einfach entfernt, indem er die Kranken schreien liess oder die Gaumensegel reizte, wobei die Vegetationen deutlich hervortraten. Dazu benutzte er ein Conchotom, das er tief nach oben hinter das Gaumensegel einführt; so konnte er ganze Wucherungen mit einem Male beseitigen; das Instrument hat nicht die übliche Krümmung, wie sie zu diesen Zwecken empfohlen wird. (Demonstration der geraden Zange.) Dieser Modus zu operiren ist vortheilhafter als mit dem Gottstein'schen Messer oder den mit ihm modificirten Instrumenten; die entfernten Stücke bleiben in der Zange, die Operation geht rascher vor sich.

Hartmann trägt seit einiger Zeit auch die Muscheln mit der geraden Scheere ab; als er die krumme Scheere benutzte, ist es ihm passirt, die hinteren Enden zurückzulassen.

Dr. Arthur Hartmann (Berlin): Die Mittelohrentzündung der Säuglinge.

Eine sehr ernste und sehr häufige Erkrankung besonders in Russland, früher nicht als beim Leben entstandene Entzündung anerkannt, wie überhaupt in dieser Krankheit viele Punkte noch aufzuklären sind. Troeltsch hat zuerst auf die Häufigkeit dieser Erkrankungen und auf die Verwechslung derselben mit angeborener Ohrenentzündung hingewiesen. Nach Redner ist diese Form infectiösen Ursprungs, man findet immer in diesen Fällen in der schleimigen Flüssigkeit Staphylokokken und Streptokokken; die Infection kann beim Durchgang des Kopfes durch die Vagina entstehen, aber ebenso schon in utero, da in den Chorionzotten schon dieselben Bacterien nachgewiesen wurden. Einzelne Beobachter behaupten, diese Form sei nicht infectiös, die Microorganismen, die man in der schleimigen Flüssigkeit findet, seien postmortale Erscheinungen, die Entzündung sei durch Reiz des Meconium, Badewassers, also auf mechanischem Wege entstanden; dagegen spricht das häufige Vorkommen (Wreden, Petersburg, Kutschariantz im Moskauer Findelhause) derselben, der Umstand, dass sie meist bei

Digitized by Google

schwächlichen Kindern auftritt (bei 16 Fällen Atelectase, Ohr immer krank gefunden [Wreden], bei Darmerkrankung auf 80 Mal, 50 Mal Ohrerkrankung); ausserdem werden dieselben Bacillen dabei immer in Nasen-Rachenhöhle gefunden. Redner hat viele Fälle an lebenden Kindern untersucht. Unter 47 Fällen fand er 37 Mal Exsudat. Diagnose meist leicht, selten Verwechslung mit Meningitis möglich. Vor Untersuchung spritzt Redner Gehörgang mit Sauerstoffhyperoxyd aus. Tuberculose, eitrige Processe, Sinusprocesse sind häufig die Ursache der Erkrankung; bei fünf Fällen nach Meningitis fand Redner im Ohre dieselben Bacillen wie in den Meningen.

Behandlung: rationell ist die allgemeine Behandlung; gute Kost, gute Luft, Einblasung von Luft, sonst wie Otitisbehandlung der Erwachsenen; kommt es zu Caries, zu Sequesterbildung, dann Aufmeisselung wie bei Erwachsenen. Nasen-Rachencatarrh muss man hier stets im Auge haben, die Kinder tief athmen lassen.

Dicussion:

Prof. Politzer dankt Vortragendem für den belehrenden Vortrag, glaubt, die Entzündung entstehe während der Geburt, beim Durchgange des Kopfes durch die Vagina oder später beim Baden, wo Wasser in den Gehörgang kommt. Die Häufigkeit des Vorkommens (Kutscharianz 130 Mal in 150 Fällen, Wreden 66 Mal in 80 Fällen) spricht gegen infectiösen Ursprung, weil ja im uterinen Leben keine Bacterien vorkommen. Politzer wurde durch den so grossen Procentsatz der eitrigen Entzündung bei Neugeborenen veranlasst, diese Veränderungen in vielen Fällen als Zerfallsproducte des embryonalen Gewebes zu erklären; als später von Walter und Aschoff Microorganismen in der eiterähnlichen Flüssigkeit nachgewiesen wurden, zögerte man nicht, die Veränderungen bei Neugeborenen als Entzündung zu erklären. Die Untersuchungen von Chwostek haben diese Ansicht aber erschüttert; er wies nach, dass schon kurze Zeit nach dem Tode eine rapide postmortale Zersetzung stattfindet. Das Vorhandensein von zelligen Elementen in der Schleimhaut der Trommelhöhle des Fötus — von Althof beobachtet — darf auch nicht als pathologisch angesehen werden.

Prof. Berthold (Königsberg i. Pr.): Man muss die Nase bei Neugeborenen nicht durch Einspritzung, sondern mit Wattetampon reinigen.

Dr. Hartmann gebraucht einen Zerstäubungsapparat zur Reinigung der Nase.

von Stein benutzt Watte mit Cocain oder Menthol auf Sonde gebracht und Einführung langer Gummiröhrchen in jedes Nasenloch für einige Stunden, besonders während des Saugens.

Dr. E. Menière (Paris): Ueber die Anwendung von Gummibougies bei chronischer catarrhalischer Affection des Cavum tympani.

Herr Menière stellt folgende Thesen auf:

1) Die Anwendung des Gummicatheters dient bei der ersten Untersuchung als Mittel zur Diagnose;

2) der Catheter muss an seinem Ende einen inneren Durchmesser

Digitized by Google

von $1^1/_2$—2 mm haben, damit genügend grosse Bougies denselben passiren können;

3) es dürfen ausschliesslich nur Gummibougies ohne Olive benutzt werden mit leicht conischem Ende;

4) Luft- und Dampfeinblasungen sind in den meisten Fällen ungenügend, besonders in veralteten Fällen;

5) die Bougie muss in eine Jodlösung getaucht werden von folgender Zusammensetzung:

Jod . . . . . } āā 1 g,
Jodkalium . . }
destill. Wasser 13 g.

diese Lösung kann auch doppelt stark gebraucht werden;

6) die Bougie kann von 1 Minute bis 1 Stunde liegen bleiben;

7) zuweilen empfindet der Kranke ein leichtes Brennen im hinteren Rachenraum;

8) oft beobachtet man nach der Bougirung Schwerhörigkeit, die nach einigen Stunden oder am folgenden Tage schwindet;

9) diese Methode giebt dem Arzte die Möglichkeit, die Prognose auf Heilung der Krankheit oder Unheilbarkeit zu stellen.

Discussion:

Prof. Politzer hält die Bougirung meist für nutzlos, in vielen Fällen schädlich; Catheterisation ohne Bougirung genügt oft vollständig; bei organischen Stricturen kann dieses eine Verschlimmerung des Gehörs hervorrufen. Bei Mittelohrsclerose ist Bougirung nutzlos, besonders wenn Tubenpassage frei ist.

Prof. Cozzolino (Neapel) behauptet, die Methode sei sehr oft mit bestem Erfolge zu benutzen, das Catheterisiren durch die Nase mache die Nasengänge breiter, was günstig auf die Krankheit wirke.

Jansen warnt vor zu energischer Nasencatheterisation; man solle nur dann die Nasenbehandlung einschlagen, wenn wirkliche Beschwerden von Seiten der Nase vorliegen, d. h. Verlegung beider oder erhebliche Verlegung der entsprechenden Nasenhälfte vorliegt.

Dr. Moure (Bordeaux) schliesst sich der Ansicht Politzer's an in Bezug auf den Nutzen der Catheterisation, ist gleich Cozzolino für eine Nasenbehandlung.

Prof. Berthold: Zu weite Nasengänge sind für die Athmung und Ventilation der Paukenhöhle ebenso ungünstig wie zu enge; zum Beweise führt er an, dass Kranke mit chronischer Ozänaatrophie über Luftmangel in Folge ungenügender Nasenathmung klagen;

Dr. Rodzig (Moskau): Fischbeinbougies, 2—3 Stunden in Wasser gehalten, werden ebenso biegsam wie alle anderen Bougies.

Dr. Moure (Bordeaux): Acute Adenoiditis bei Erwachsenen.

Kommt bei Erwachsenen häufig vor. Aetiologie: Rheumatismus, Menopause, hauptsächlich Syphilis in der zweiten Periode, im Gegensatze zu den Kindern, tritt die Adenoiditis hier fast immer ohne Fieber auf. Bacelli weist Staphylococcen sehr wenig, aber eher sehr viel Pneumobacillen nach, diese sind nach Ansicht des Redners die Ursache der Adenoiditis. Untersuchung des Nasenrachenraumes hier unerlässlich, sie erleichtert in fast den meisten Fällen die Diagnose des Ohrenleidens.

Digitized by Google

Symptomatologie: Stimme leicht, klein, Naso-Pharyngealcatarrh, Ohrensausen und Schwerhörigkeit, wenn die entzündeten Follikel die Rosenmüller'schen Gruben oder die seitlichen Partien des Naso-Pharyngealraumes einnehmen. Diagnose leicht. Behandlung: einzig richtig Abtragung, wie bei chronischer Adenoiditis der Kinder.

Discussion:

Prof. Cozzolino hat vor sieben Jahren auf die Entwicklung maligner Tumoren aus adenoiden Vegetationen bei Erwachsenen hingewiesen.

Hartmann: Die adenoiden Wucherungen dürfen nicht ausgekratzt werden, die ganze Schwellung muss womöglich mit einem Schnitt entfernt werden; hier sind Instrumente mit grösserem Fenster erforderlich.

Prof. Cozzolino (Neapel): Mastoidotomia antero-lateralis.

Ref. theilt seine neue Methode der Operation mit, die darin besteht, dass Meissel und Sonde in solcher Richtung in die Höhle eingeführt werden, die gefahrlos ist.

Die Vorzüge dieser Methode sind:

1) Die Sicherheit, nicht die äussere Ohr-Schläfen-Linie zu überschreiten.

2) Weniger Widerstand von Seiten der knöchernen Zone.

3) Da diese Zone näher am Antrum und den seitlichen Zellen liegt, gelangt man direct in den Eingang zur Höhle.

4) Bei dieser Methode kann man nicht so leicht die intratympanischen Organe, den Fallopi'schen Canal und die sigmoidal operirte Seite mit dem Sinus transversus verletzen. (Demonstration.)

Prof. Cozzolino: Die Chirurgie des Fallopi'schen Canales, des Einganges in die Stylo-Mastoid-Oeffnung bei otitischen Lähmungen des N. facialis.

Der Vortragende bespricht 1) die Aetiologie der zahlreichen, sogenannten rheumatischen oder peripherischen Paralysen des N. facialis.

2) Die Häufigkeit der Paralyse des siebenten Paares in seinen intratympanischen unteren und peripherischen Zweigen, bei acuten eiterigen Mittelohrentzündungen, bei chronischen Formen, wo die vordere oder hintere knöcherne Platte des Fallopi'schen Canales in Mitleidenschaft gezogen ist.

3) Die chirurgische Therapie, um die verschiedenen intratympanischen Abschnitte des Fallopi'schen Canales von der Compression, die fast immer die Paralyse des N. facialis, wenn sie otitischen Ursprungs ist, unterhält, zu befreien.

4) Den Nutzen des galvanischen Stromes, um die Diagnose der Parese oder Paralyse durch Compression zu bestätigen.

Endlich bespricht Ref. noch diejenigen Fälle, in welchen dieses Mittel bei der Diagnose täuschen kann. Die Galvanisation habe als therapeutisches Mittel wenig Werth.

Der Arzt muss in allen Fällen peripherischer Paralyse des N. facialis die mittleren Ohrenhöhlen im Auge behalten.

Discussion:

Politzer hat Fälle von otitischen Facialisparalysen beobachtet, die nach Radicaloperation geschwunden sind. Die Prognose der während

Digitized by Google

der Operation durch Läsion der Facialnerven entstandenen Paralysen ist viel ungünstiger als die der Lähmungen, die sich nach der Operation entwickeln. Diese verschwinden nach langer Dauer von selbst, wie P. beobachtet hat.

Dr. A. Hartmann: Da es sich darum handelt, einen Trichter im Knochen herzustellen, muss der Meissel von zwei Seiten aufgesetzt werden; also kein wesentlicher Unterschied zwischen jetzt üblicher und der neuen Methode Cozzolino's.

Dr. Jansen schliesst sich den Ausführungen Hartmann's an, ihm sind Orginalität und Vorzüge der Methode Cozzolino nicht klar geworden; die Chirurgie des Canalis Fallopii ist bedenklich, es giebt eine Erkrankung der Nerven, die gelegentlich durch Meningitis oder Hirnabscess zum Tode führt, aber dieser durch Lähmung des Facialis sich äussernden Erkrankung können wir nicht beikommen. Das Vordringen an die hintere Wand der Fallop. Röhre erfordert grosse Vorsicht; man muss daran denken, dass der Versuch, den hinteren, unteren Paukenhöhlenraum breiter freizulegen, leichte Berührungen des schon erkrankten N. facialis zu Folge haben können.

Prof. Cozzolino: Demonstration von mehreren Tafeln, auf denen meistentheils halbschematisch das Gehörorgan und seine einzelnen Partien bunt bemalt dargestellt waren. Besonders eignen sich diese Tafeln für den Studentenunterricht.

Dr. Ricardo Botey (Barcelona): Behandlung der attico-mastoidealen Eiterungen und der in ihrem Gefolge auftretenden intracraniellen Complicationen.

Redner kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) In Fällen von acuter Antro-Mastoiditis Trepanation nach Schwartze.

2) In chronischen Fällen Trepanation des Antrum bis zur Trommelhöhle.

3) Wenn die Läsionen viel tiefer liegen und der Gehörgang weit ist, Attico-Antrectomia und Lappenbildung nach Koerner, mit Zunähung der zwei oberen Drittel der retro-auriculären Incision.

4) Wenn sie ausgedehnt und peripherisch sind, dann Antro-Atticotomia mit Lappenbildung nach Stacke.

5) Schnelles Eingreifen, wenn sich die ersten Symptome einer Hirncomplication zeigen.

6) Die Dura mater nicht eröffnen, wenn sie nicht sehr verändert erscheint; Erforschung der Hirncentren, vorangehende Desinfection ihrer Oberfläche — mittelst Troicart und Canüle, um den Verschluss des Lumens durch ein Fragment von Gehirnsubstanz zu verhüten.

7) Ausführung einer Oeffnung in der oberen oder hinteren Wand des Antrum mastoideum, je nach Umständen, nach vorangegangener Eröffnung des Warzenfortsatzes und der Trommelhöhle, um in die Schädelhöhle eindringen zu können, in Verbindung mit der Perforation des Schläfenbeines in dem höchst gelegenen Teile seiner Schuppen, mit Berücksichtigung, dass man diese Perforation sehr klein mache, derart, dass die erste nicht mehr als 1 cm Tiefe erreicht und die zweite ebenfalls nicht mehr als 1 cm hoch über dem knöchernen oberen Rande des Gehörganges hervorragt.

Digitized by Google

8) Wenn der Zustand des Kranken sehr ernst ist, kann man eine Explorationspunction ausführen, quer durch die Schuppe des Schläfenbeines hindurch und durch die Meningen, ohne jede Gefahr.

9) Keine Waschungen, wiederholte Verbände mit Ausfüllung der Höhle durch kleine Gummiröhren ist ein Modus faciendi, der dem Redner die besten Resultate gegeben hat.

Betreffend die Fürsorge nach der Operation bemerkt Redner Folgendes: man muss die Waschungen der eiternden Höhlen vollständig verwerfen, aus Furcht, die Nervencentren in der Tiefe zu inficiren. Der Verband muss jeden oder jeden zweiten Tag erneuert werden, um eine Eiterretention zu verhüten. Man fülle die Höhle mit vielen sehr kleinen Gummiröhrchen, welche die Drainage erleichtern, ohne im Geringsten die Hirnsubstanz zu verletzen; sie erscheinen Redner besser als die Röhrchen aus decalcinirtem Knochen, Metall, Kautschuk und auch als die Jodoformgaze.

Dr. Jansen (Berlin): Zur Meningitis serosa nach Mittelohrentzündungen.

Als Ursache der Vermehrung von Liquor im Subarachnoidealraum muss man folgende Complicationen nennen: 1) Sinusphlebitis, 2) extradurale Eiterungen, 3) im Schläfenbein eingeschlossene Eiterung (im Vestibulum und Bogengängen und fortgeleitet durch Communicationsöffnungen). Aus 12 Beobachtungen von seröser Arachnitis wurden 8 durch die Complication sub No. 3 bedingt. Meistens folgte die seröse Arachnitis nach der Trepanation. Darauf wird eine Reihe von Krankengeschichten vorgelesen, als Belag für die oben angeführte Behauptung. Während der Wundheilung stellen sich cerebrale (Hirn, Rückgrat) Complicationen ein, welche zur Zeit der Operation nicht waren, nämlich: Nackensteifigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Erbrechen, Pulsbeschleunigung oder Pulsverlangsamung, Fieber, Neuritis optica, Wirbelstarre, Kreuzschmerzen. Nur nach Entfernung von Cholesteatomen und Eiter aus dem Labyrinth trat eine Genesung ein. Die Schwere der Infection hängt von dem inficirenden Herde im Vestibulum ab, ob der Process serös, serofibrinös oder eitrig wird. Oefter werden diese Labyrintherkrankungen durch rasches Befallen der Rückgratshöhle, durch Fortleitung der Infection an der unteren Gehirnfläche begleitet, wobei es zu einer ganz geringen Affection der cerebralen Meningen kommen kann. In diesen Fällen von spinaler Meningitis zeigt die Lumbalpunction eine Zunahme von Druck in der Rückgratshöhle, während in der Schädelhöhle nur ein Oedem der Arachnoidea des Cerebellum zu constatiren ist.

Sehr oft unüberwindbare diagnostische Schwierigkeiten im Beginn der Erkrankung. Nur der günstige Verlauf mit raschem Fieberabfall gestattet die Diagnose auf eine seröse Meningitis, bei welcher das Fieber scheinbar geringer ist, indem es nur staffelförmig stieg und abfiel, wogegen dasselbe bei der eitrigen Meningitis steil ansteigt.

Frühzeitige Lumbalpunction sichert meistens die Diagnose zwischen Meningitis purulenta und serosa. Eitriger Erguss und Streptococcen führen zum eindeutigen Ergebniss, bei Anwesenheit von Diplococcen ist die Prognose ungünstiger. Ganz sichere Diagnose erhält man nur

Digitized by Google

nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und der hinteren Schädelgrube. Nachdem ein extraduraler Abscess ausgeschlossen worden ist, muss man eine Meningitis serosa annehmen. Eine ausgeprägte Stauungspapille spricht mehr für einen Hirnabscess, eine leichte Neuritis optica für seröse Meningitis. Der Lumbalpunction und der Duralpunction wird kein therapeutischer Werth (im Gegensatz zu den Tumoren) beigelegt. Incision wirkt schon besser. Meistens aber wird es genügen, den Infectionsherd, welcher ausserhalb der Dura localisirt ist, zu beseitigen.

Dr. Heimann (Warschau): Ueber Behandlung gewisser tödtlicher Complicationen bei eitriger Otitis und über otitische Pyämie.

Redner bespricht zuerst die enormen Fortschritte in den letzten 20 Jahren auf diesem Gebiete, räth, schleunigst zur operativen Behandlung zu schreiten, wenn solche Fälle möglich auch ohne Operation mit Genesung enden.

Redner beobachtete oft das Zustandekommen einer Pyämie ex otitide ohne Bildung eines Thrombus; Microorganismen seien oft die einzige Ursache, namentlich wenn im Blute wenig Bactericiden vorhanden sind.

Discussion:

Politzer hebt die Schwierigkeit hervor, bei Gegenwart von ausgesprochener otitischer Pyämie ohne Thrombenbildung in der V. jugul. die Diagnose der Sinusthrombose festzustellen, da ja Pyämie auch durch Aufnahme septischer Substanzen aus dem Blute hervorgerufen werden kann; auch ist es schwierig bei schon vorhandener Thrombenbildung zu entscheiden, ob der Thrombus in der V. jugul. von einer Sinusthrombose oder einer Phlebitis des Bulbus V. jugul. ausgeht. Die Fälle otitischer Pyämie mit äussern Metastasen verlaufen günstiger als die ohne Metastasen. Politzer ist für frühe Operation, da bei eingetretener Thrombenbildung in der V. jugul. oder bei innern Metastasen die Chancen für den günstigen Erfolg der Operation sehr gering sind. Die operative Freilegung des Sinus ist umsomehr angezeigt, als sie ganz ungefährlich ist. Zuweilen findet man einen perisinuösen Abscess, nach dessen Freilegung die pyämischen Erscheinungen schwinden können. Auch bei nicht thrombosirtem Sinus empfiehlt Politzer die Probepunction, durch welche man entweder Eiter oder jauchige Flüssigkeit aspirirt oder normales Blut, welches man auf Microorganismen untersuchen kann. Bei Thrombenbildung des Sinus ist die Ausräumung des Thrombus wegen der Möglichkeit der tödtlich verlaufenden Aspiration von Luft durch den Sinus mit grosser Vorsicht auszuführen.

Jansen: Mit Ausnahme der Fälle, wo die Sinusthrombose unter dem Bilde der Meningitis verläuft oder wo ein intraduraler Abscess pathologisch wie klinisch auftritt, ist die Diagnose der Sinusthrombose, ich möchte sagen, gleich nach dem Schläfenlappenabscess mit Ausfallserscheinungen die leichteste von allen cerebralen Complicationen; wenn Redner auch theoretisch Pyämie ohne Sinusthrombose zugiebt, so möchte er sagen: practisch keine Pyämie ohne Thrombose. Unter allen seinen Fällen konnte er nur ein Mal die Anwesenheit der Thrombose nicht

Digitized by Google

sicher stellen, doch glaubt er, dass es sich um Thrombose der Jugularis gehandelt hat; wir brauchen nicht jede Thrombose zu operiren, Ausgang in Genesung nach Entfernung des umliegenden Eiterherdes ist nicht selten. R. verfügt über 2—3 solcher Fälle. Im Allgemeinen soll man operiren und so früh wie möglich.

Kayser (Breslau) ist der Meinung, die Behauptung, dass zum Zustandekommen einer Pyämie Thrombusbildung nothwendig sei, sei eine zu weitgehende; Redner hat einen Fall nach Scharlach beobachtet, wo sicher kein Thrombus stattfand; diese Krankheit kann also auch durch Infection entstehen.

Voss (Riga): Man solle nicht bis zum Eintritt von Metastasen warten, sondern frühzeitig die V. jugul. unterbinden; andererseits kann die frühzeitige Unterbindung nicht mit Sicherheit der Thrombusbildung vorbeugen. In diesen Fällen ist aber die Menge des in's Blut eintretenden infectiösen Materials eine geringe; er führt zwei Fälle, die mit Genesung endeten, zum Beweis an; hier waren die Metastasen nach der Unterbindung der V. jugul. aufgetreten. Zur Prognose bemerkt Redner, dass bei Kindern die Operation günstigere Resultate als bei Erwachsenen biete; von vier operirten Kindern sind alle genesen, von fünf Erwachsenen drei gestorben. Ob dasselbe Verhältniss bei grossem Material obwalte, ist ihm unbekannt.

Dr. K. Schmidt (Odessa): Casuistische Beiträge zur otitischen Pyämie.

Dr. Schmidt theilt 8 Fälle otitischer Pyämie mit.

Fall 1. 25jähriger Mann. Otorrh. foetid. chron. dextra. Polyp im r. O.; Pyämie 13 Tage Dauer, beginnend am 2. August 1887, Infiltration der Weichtheile des Anfangs nicht infiltrirten Warzenfortsatzes und Verschwellung des Gehörganges und Gegend des Kieferwinkels, Oculomotor.- und Abducenslähmung; am 8. resp. 9. Tage Pyämie, Coma, 2 Stunden später Blutung aus Mund, Nase und Ohr, wobei Pat. stirbt (15. August 1887). Also Spontanverlauf, welcher nach heutiger Erfahrung dringend zur Operation auffordert. Keine Section; wahrscheinlich eitrige Infiltration des Proc. mastoid., Thrombose des Sin. transvers. und cavernöse Carotis-Arrosion.

Fall 2. Spontanverlauf mit Genesung: 4jähriges Mädchen. Otit. med. int. in 21 Tagen, ohne Complication, dann Pyämie. Nach 10 Tagen die ersten Erscheinungen starker Schüttelfröste, wobei, ausser localer Affection, die Synchondrosisymphyse und die Hüftgelenke erkrankten, dann wird Pat. auf 4 Tage fieberfrei. Deswegen wird die früher beschlossene Operation nicht ausgeführt. Noch einmal 3 Tage Fieber und Frost, Genesung.

Fall 3. 4jähriges Mädchen. 7 Tage Pyämie nach acuter Otitis media. Am 4. Tage linksseitige (embolische) pneumonische Erkrankung, die nach 3 Tagen unter Fieberabfall heilt. 7 Tage hindurch typische Frostanfälle mit Temperatursteigerung.

Fall 4. 10jähriges Mädchen. Otit. med. acuta. Am 20. Tage ohne vorübergehende drohende Erscheinungen Pyämie. Am 4. Tage Operation. Meisselresection des Proc. mastoid., dieser eitrig infiltrirt, Freilegung des Sinus in kleiner Ausdehnung, keine perisinöse Eiterung;

Digitized by Google

Tags darauf, weil die pyämischen Erscheinungen verändert, Freilegung des Sinus in grösserer Ausdehnung, Einschnitt, Entfernung eines unzersetzten Thrombus, bis gehirnwärts plötzliche Blutung entsteht. Tod 32 Stunden nach Operation (29. März 1896).

Die letzte Operation in Coma bei hoher Temperatur. Keine Section, wahrscheinlich pyämische Infection der Meningitis, unter dem Bilde einer Meningitis serosa.

Fall 5. 27jähr. Frau. Secundäre Otit. med. acuta am 26. Januar 1895, 5. Tag nach Spontanperforation beginnt Pyämie. Tags darauf Meisselresection des sehr sclerotischen, eitrig infiltrirten Proc. mastoid.; der Sinus wird in kleiner Ausdehnung freigelegt, keine Perisinitis, Temperatur bleibt hoch. Tags darauf Nachoperation, Sinus weit freigelegt, incidirt, solider, nicht zersetzter Thrombus. Tod am 4. Tag nach zweiter Operation. Anatomische Diagnose: Hyperämie der Hirnhäute mit Oedem. cerebr. (hier und da leichte Trübungen in der Pia). Leptomengitis incipiens, wahrscheinlich als pyämische Infection der Meningen, unter dem Bilde einer Meningitis serosa verlaufend, aufzufassen.

Fall 6. 25jährige Frau. Otit. med. acuta sinistra nach Angina follicular. Am 6. Tage der Erkrankung, 26. August 1895, Beginn der Pyämie. Operation Tags darauf. Eitrige Infiltration des Proc. mast., Entfernung der hintern Gehörgangswand, Ausräumung des Kuppelraumes, Freilegung des Sinus in kleiner Ausdehnung, keine Perisinitis, 4 Tage darauf, weil Pyämie-Erscheinungen noch bestehen, Nachoperation, weitere Freilegung des Sinus. Probepunction ergiebt Blut, nach 3 Tagen schwindet das Fieber. Genesung von Otorrhoea. Gehörvermögen fast Null.

Fall 7. 14jähriges Mädchen, Otorrhoea chronica rechts. Am 22. Januar 1896 beginnt Pyämie, deren Vorläufer heftige Kopfschmerzen fast 2 Wochen. 24. Januar Meisselresect. des Proc. mastoid. bis in's Antrum, dasselbe leer, Wegmeisselung der hintern Gehörgangswand und Ausräumung des Kuppelraumes, nach Freilegung desselben kein Eiterherd. Eröffnung des Schädels über dem Tegmen tympan. (Parallelogramm von 2—3 cm) nach Prof. Bergmann. Kreuzschnitt der Dura, fliesst viel Liquor cerebr. spin. ab. Punction des Gehirns nach verschiedenen Richtungen mit negativem Resultate, daher die noch stehen gebliebene Spitze des Proc. mastoid. entfernt wird, dort eine haselnussgrosse Höhle entdeckt mit erbsengrossen Fetttresten, welche schleimigen Eiter conform der Secrete aus dem Ohr enthält. Keine Communication mit dem Sinus, doch liegt die Höhle demselben sehr nahe.

Darnach noch 30 Tage Pyämie. Im Ganzen 15 Schüttelfröste, schwere Affection der Fuss- und Kniegelenke, sowie der Handgelenke, ebenso des linken Sterno-clavicular-Gelenkes, diese alle ohne Vereiterung zurückgegangen. Am sechsten Tage nach Operation wird ein Hirnprolaps in der Schädelwand constatirt. Am 13. Tage der Pyämie wegen Frost Probepunction des Sinus und Gehirns durch den Prolaps hindurch mit negativem Erfolg. Prolaps cerebr. wird allmählig, ohne dass beim Pat. irgend welche Krankheitserscheinungen dadurch bewirkt werden, abgeschnürt und entfernt. Vollkommene Heilung mit Hörvermögen von 4—5 m, hört Flüsterworte.

Fall 8. 17jähriger Mann. Otitis med. sinistra seit 4. April 1897.

Digitized by Google

Beginn der Pyämie bei minimaler Otorrhoea, einem sehr druckempfindlichen Sinus entsprechend. Tags darauf Operation. Antrum frei. Ostitis des Proc. mastoid., besonders im Sinus, Freilegung desselben in grosser Ausdehnung, Einschnitt in denselben, unzersetzter Thrombus, der nur theilweise entfernt wird. Pyämie noch 18 Tage. 7 Tage nach Operation beginnt Eiterung aus Gegend des Bulbus venae jugularis. Progressirte Thrombose der V. jugularis, die am 12. Tage nach Operation bis an die Clavicula reicht; die Sonde führt bis in die Gegend des Bulbus, man stösst dort auf Knochen. Genesung von Pyämie, Fieber weg am 18. Tage nach Operation, später plötzlich Facialparalyse, normale Temperatur, gutes Befinden. Nachoperation, die nur Granulationen im Knochen ergiebt; nach Ausräumung derselben schwindet Paralyse sofort. Pat. jetzt fast genesen.

Die scrophulöse Constitution des Pat. zeigt sich aus einer gleichzeitig bestehenden Osteomyelitis der rechten Tibia, die auch mehrmals in Angriff genommen wurde, jetzt jedoch heilt. Pat. noch im evangel. Hospital in Odessa.

Schlüsse: Das Schicksal eines vom Ohr aus pyämisch Erkrankten kann nur mittelbar durch die Operation beeinflusst werden, weil der in der Blutbahn befindliche Infectionsherd durch operative Eliminirung unzulänglich sein kann, oder weil die Infiltration die Meningen ergreift. Bei ganz gleichartigen Erkrankungen und nach rechtzeitiger Radicaloperation des Warzenfortsatzes kann der Ausgang in einem Falle ein günstiger sein, im anderen Falle nicht. Trotzdem manche Fälle spontan genesen, wie Fall 2 und 3, ist man verpflichtet, früh zu operiren, weil die spontane Genesung doch nur Ausnahme bleibt.

Die von Stacke vorgeschlagene Reihenfolge der Operation scheint die beste zu sein; erst Kuppelraum (wobei man eventuell Erkrankung des Tegmen tympan. erkennt), dann Antrum durch den Aditus ad antrum, dann Sinus, dann Spitze des Proc. mast., endlich Schädelhöhle. Fall 7 spricht für diese Reihenfolge. Jedenfalls primäre Ausräumung der Mittelohrräume, dann Schädelöffnung. Das gute Hörvermögen (Fall 7) mahnt zu vorsichtigem Operiren.

Discussion:

Heimann (Warschau): Das Zustandekommen der Pyämie ohne Thrombose ist so aufzufassen, dass das Blut der Erkrankten zu wenig Antitoxine besitze, daher die Bacterien freies Feld zur Ansiedlung und Vermehrung haben; dass die Metastasen nicht in den Gelenken und Muskeln vorkommen, erklärt sich dadurch, dass hier weniger Blutgefässe vorhanden als in den inneren Körpertheilen. Nach Redner ist im Anfangsstadium der Pyämie nie Thrombus vorhanden, er entwickelt sich erst später, wenn Eiterherd oder krankhaftes Material nicht frühzeitig aus der Schädelhöhle entfernt wird. Die Diagnose der Sinusthrombose ist in den Anfangsstadien nur eine wahrscheinliche, nicht sichere, selbst wenn man einen harten Strang der V. jugul. int. beobachtet. Nur in späteren Stadien ist die Diagnose mit Sicherheit zu stellen.

Schmidt (Odessa) will keine allgemeine Thesen, sondern nur Schlüsse aus seinem Material aufgestellt haben. Beständigkeit des Handelns besteht nur mit wenigen Ausnahmen für die Ausräumung des Mittelohres.

Digitized by Google

Ucherman (Christiania) hat Pyämie ohne Thrombus beobachtet. Unterbindung der V. jugul. hält er geboten, auch wenn Metastasen eingetreten sind.

Dr. Richard Botey (Barcelona): Die Punction des ovalen Fensters bei Schwindelanfällen, Ohrengeräuschen und einigen Erkrankungen des Labyrinths.

Referent betont, dass nach seinen Erfahrungen bei gründlicher Antisepsis man die runde Membran ohne Gefahr punctiren, ja zerreissen, eine kleine Quantität der Perilymphe aspiriren könne ohne Gefahr einer Infection oder Störung der Gehörschärfe. Bei Symptomen von Pression innerhalb des Labyrinthes wirken Punction und Aspiration sehr günstig auf Schwindel und Geräusche, bessern aber nicht das Gehörvermögen, wenn die Affection eine chronische ist. Bei acuten Infiltrationen des Labyrinths wirkt die Punction ausgezeichnet, besonders, wenn das Corti'sche Organ nur einen vorübergehenden Druck erlitten hat. Gesetzt, wir hätten mit dem Instrument das vestibuläre Ende der drei Schneckenscalen zerrissen, so hat das auch keine ernsten Folgen für das Gehör, besonders, wo das Labyrinth stark alterirt ist und sich im Zustande vorgeschrittener Sclerose befindet.

Discussion:

Heimann (Warschau) fragt Redner, ob er auch ein gesundes Fenster punctirt hat und welche sichere Zeichen er hat, dass er wirklich in's Fenster eingetreten?

Botey: Es handelt sich um verdickte Trommelfelle; bei schwerer Taubheit schwindet wohl das Geräusch und Schwindel, Gehör wird nicht besser.

Cozzolino hat zuerst zufällig die Membran punctirt und ist in's Fenster eingedrungen. Chemische Untersuchung wies Perilymphe nach (Bruxelles, Otologen-Congress 1888). Keine Folgen; ebenso berichteten auf diesem Congress zwei andere Otologen, dass sie bei Punction des runden Fensters keine üblen Folgen gehabt haben; diesem Umstande entnahm Redner die Idee, bei Schwindel und Geräuschen die Punction des Fensters vorzunehmen.

Dr. Louis Bar (Nizza): Die Otomycosis des äusseren Gehörganges.

Entsteht durch einen Microben, der dem Oidium albicans Muguet ähnlich ist. Durch Feuchtigkeit und Unsauberkeit begünstigt, gelangt dieser Microb sehr häufig in den äusseren Gehörgang, pflanzt sich dort fort, wenn er in demselben einen specifischen entzündlichen Zustand, wohl den, der dem Auftreten des Oidium albicans vorhergeht, findet. Die subcutane Inoculation dieses Cryptogamus hat Politzer verschiedenartige, Wreden negative, Referenten absolut keine Resultate geliefert. Die Entwicklung dieses Parasiten giebt sich durch eine diffuse, heftige und schmerzhafte, von Abstossung falscher Membranen begleitete Entzündung des äusseren Ohres zu erkennen; unter dem Microscope sieht man zwischen den Epithelialzellen das Mycelium und die Spuren dieses Parasiten. Häufig mit Perforation des Trommelfelles complicirt; sie neigt zu Recidiven, muss streng von diphtheroiden und

Digitized by Google

diphtheritischen Formen unterschieden werden. Verlauf mehrere Wochen, weicht nur einer energischen antiparasitären Behandlung. Argent. nitric., Tinct. jodi, chlorsaurer Kalk in schwachen Lösungen tödten diese Parasiten. Entfernung der Membranen, Einspritzung von Lösungen Natr. salicyl. (1/500), chlorsaurem Kalk. Gegen die Schmerzen Opium.

Keine Discussion.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

a) Otologische:

Zur Diagnose des Gehirnabscesses. (The Diagnosis of Cerebral Abscess.) Von M. Allen Starr, New-York. (New York Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

Der Krankheitsverlauf bei einem Gehirnabscess zeigt nach S. gewöhnlich drei Perioden: In der ersten Periode beobachtet man wenig ausgesprochene, unregelmässsige und veränderliche Gehirnsymptome, wie heftige Kopfschmerzen, welche anfallsweise eintreten, oder dumpfen, anhaltenden Kopfschmerz, gelegentlich Erbrechen, ferner Unfähigkeit zu anhaltender, geistiger Concentration auf einen Gegenstand. Zeitweilig giebt es Temperatursteigerung mit Frostgefühl oder ausgesprochenem Schüttelfrost. Das Krankheitsbild entspricht dem einer leichteren septischen Infection. Während dieser Initialperiode kann reichlicher Ohrenfluss bestehen oder derselbe kann allmählich abnehmen. Die Periode schliesst häufig mit dem plötzlichen Versiegen des Ohrenflusses, woran sich zwei oder drei Tage später ein plötzliches Sinken der Temperatur unter die Norm knüpft. Man hat demnach immer an Hirnabscess zu denken, wenn der Ausfluss bei einer chonischen Otorrhoe einige Tage oder Wochen lang von fieberhaften Symptomen begleitet war und dann plötzlich versiegt, die Temperatur steil abfällt und das Krankheitsgefühl anhält mit unbestimmten Kopfsymptomen.

In der nun folgenden zweiten Krankheitsperiode wiederholen sich die Symptome der ersten in wechselnder Combination und Stärke. Zunehmende geistige Stumpfheit wechselt mit Reizbarkeit und Unruhe ab, Patient sieht septisch aus, die Temperatur ist entweder unregelmässig oder anhaltend niedrig mit langsamem Pulse, die Functionen der Verdauungsorgane bleiben bedeutend herabgesetzt, die Pupillen werden ungleich, es tritt Neuritis optica und Facialisparalyse auf und die Reflexe auf der der Läsion entgegengesetzten Seite nehmen zu. In diesem Stadium ist die Operation des Gehirnabscesses mit Aussicht auf Erfolg auszuführen. Ist das dritte Stadium, dessen Hauptcharacteristicum die tiefe Benommenheit des Sensoriums ist, eingetreten, dann kommt man mit der Operation meist zu spät.

Die Functionen des Temporo-Sphenoidallappens und besonders diejenigen des dem Felsenbein zunächst anliegenden Theiles dieses Lappens, dann die Functionen der seitlichen Lappen des Kleinhirns sind noch zu wenig bekannt, als dass man aus irgend welchen Symptomen sicher

Digitized by Google

localisirende Schlüsse ziehen könnte. Befindet sich der Abscess im linken Temporo-Sphenoidallappen, dann kann er die von Freund sogenannte optische Aphasie hervorbringen, bei welcher Pat. Gegenstände nicht mit Namen belegen kann, obwohl sein Blick sie erkennt und er ihre Gebrauchsweise ganz gut zu beschreiben im Stande ist. Dieses Ausfallssymptom beruht auf Unterbrechung der Association zwischen dem Centrum der optischen Vorstellungen im Hinterhauptslappen und dem Sprachcentrum. Unter Umständen kann Pat. auf den Namen gerathen, wenn er den Tast-, Geruchs- oder Geschmackssinn zu Hülfe zieht. Prof. Arnold Pick hat in letzterer Zeit auf Grund der optischen Aphasie einen Gehirnabscess im Temporo-Sphenoidallappen localisirt, welche Diagnose auch durch die Operation bestätigt wurde. Verf. machte in einem Falle Gorham Bacon's eine Beobachtung, welche eine Art Umkehrung der „optischen Aphasie" Freund's darstellt. Wurde dem, übrigens sehr intelligenten Patienten der Name eines Gegenstandes vorgesprochen, so gelang es ihm nur mit grosser Schwierigkeit, eine Gesichtsvorstellung mit dem vorgesprochenen Namen zu verknüpfen. Es entsprach diese Erscheinung der Erwartung, dass die Verbindung von seinem Sprach- nach seinem Sehcentrum hin ebenso schwierig herzustellen war, wie umgekehrt die Verbindung von seinem Seh- nach seinem Sprachcentrum.

Von so grossem Interesse auch für den Arzt die Differentialdiagnose zwischen Gehirnabscess, Thrombose des Sinus lateralis und Meningitis ist, so ist sie zur Stellung der Indication in Bezug auf die Operation nicht absolut nothwendig. Ohne Eingriff enden diese drei verschiedenen Zustände doch gleichmässig tödtlich, die Sache wird also durch die Operation nicht schlimmer gemacht, selbst wenn es sich herausstellen sollte, dass statt der erwarteten heilbaren Affection (Gehirnabscess, Sinusthrombose) eine unheilbare (Meningitis) vorliegt.

A. Sch. (N.-Y.)

Ueber Gehirnabscess in Folge von acuter oder chronischer Mittelohrentzündung. (Remarks on Brain Abscess in its Relation to Acute and Chronic Otitis Media). Von Gorham Bacon in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

Verf. stellt fünf Krankengeschichten von otogenen Gehirnabscessen zusammen, welche er früher einzeln an verschiedenen Orten publicirt hat, und zwar: 1) Transactions oft the American Otolog. Society 1888, 2) N.-Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1895, 3) Americ. Journ. of he Med. Sciences, August 1895, 4) N.-Y. Med. Journ., 15. August 1896 und Transactions of the American Otological Society 1896 und 5) Archives of Otology, Vol. XXV, No. 3, 1896. Die Zusammenstellung dieser Fälle wird verwerthet, um daraus Schlüsse allgemeiner Art zu ziehen. Die meisten Autoren, sagt B., legen bei der Diagnose des Gehirnabscess viel Gewicht auf die herabgesetzte Pulszahl und auf die entweder nur wenig erhöhte oder unter die Norm gesunkene Temperatur. Wenn diese Zeichen sich einstellen, so sind sie jedenfalls von grossem Werthe. Wie aber die Zusammenstellung B.'s be-

Digitized by Google

weist, können sich Puls und Temperatur bei Gehirnabscess gelegentlich auch ganz anders verhalten.

In drei von B.'s Fällen befand sich der Abscess im Temporo-Sphenoidallappen der linken Seite. In diesen Fällen waren jedesmal aphasische Zustände zu beobachten, worauf B. mit Recht grosses Gewicht legt. (Vgl. das vorhergehende Referat über den Aufsatz von M. Allen Starr, Ref.). In zwei Fällen konnte mit dem Augenspiegel Entzündung des Sehnerven constatirt werden, in zwei anderen Fällen fehlte sie. Heftiger Kopfschmerz war ein constantes Zeichen und ist offenbar von grosser Wichtigkeit. In vier Fällen handelte es sich um chronische Otorrhoe, im fünften trat der Hirnabscess in Folge von acuter Mittelohrentzündung auf. B. macht besonders auf den Zustand des Knochengewebes im Warzenfortsatz aufmerksam. In den drei Fällen, wo der Abscess im Temporo-Sphenoidallappen sass, ferner in dem einen Falle, wo es sich um Kleinhirnabscess handelte, war das Knochengewebe dicht, elfenbeinartig. B. glaubt, dass diese Veränderung des Knochens häufiger bei Gehirnabscess angetroffen werden dürfte, als bei Sinusthrombose. In allen fünf mitgetheilten Fällen wurde chirurgisch eingegriffen, zweimal mit günstigem Erfolge. Die Ueberschriften der fünf Fälle lauten: 1) Abscess im Temporo-Sphenoidallappen, Operation, Tod, Sectionsbefund. 2) Extraduralabscess, Operation, Heilung. 3) Abscess im Kleinhirn, Operation, Tod, Autopsie. 4) Abscess im Temporo-Sphenoidallappen, Operation, Heilung. 5) Abscess im Temporo-Sphenoidallappen, Operation, Tod, Sectionsbefund.

Es wird auch die Krankengeschichte eines vorher noch nicht veröffentlichten Falles mitgetheilt, bei welchem die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Kleinhirnabscess gestellt wurde. Der Fall genas, ohne dass ein tieferer Eingriff gemacht worden wäre. Es handelte sich um ein 5jähriges Kind mit Otorrhoe seit zwei Jahren bestehend. Seit vier Monaten häufiges Erbrechen. Beiderseitige Stauungspapille. Der Kopf wird nach links gedreht gehalten. Unsicherer Gang, Taumeln nach rechts. Therapie: Entfernung der Granulationen aus der Tiefe des Gehörgangs, innerlich Jod und Eisen. Eine eingreifendere Operation ist in Aussicht genommen, doch erholt sich das Kind unerwarteterweise, Schwindel und Stauungspapille gehen vollkommen zurück.

Nach Körner sollen sich otogene Hirnabscesse häufiger rechts entwickeln als links. B.'s Erfahrung stimmt hiermit nicht überein, denn er sah vier linksseitige Gehirnabscesse auf einen rechtsseitigen. „Wenn man bei acuter Mittelohrentzündung statt der warmen Bähungen, Blasenpflaster und Jodeinpinselungen lieber gleich zu Anfang Blutegel setzen und das sich vorbauchende Trommelfell incidiren würde, kämen weniger Warzenfortsatzentzündungen und Gehirncomplicationen vor."

B. arbeitet mit Meissel und Rongeur, oder auch mit dem von Macewen empfohlenen, mittelst Maschine getriebenen „Burr". In gewissen Fällen, besonders wo der Knochen ungewöhnlich hart ist, setzt B. die Trepankrone auf.

A. Sch. (N.-Y.).

Digitized by Google

Epiduralabscess nach Mastoiditis, Operation, Heilung. (A Case of Extradural Abscess Following a Mastoiditis — Operation — Recovery.) Von John L. Adams in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

55jähriger Mann, der vor fünf Monaten von einer acuten Mittelohreiterung befallen war. Anhaltende Schmerzhaftigkeit und Anschwellung über dem (rechtsseitigen) Warzenfortsatz. Kein Schüttelfrost oder Erbrechen. Eröffnung des Antrums, Verband. Die Operationswunde ist nach sieben Wochen verheilt, später bricht die Wunde jedoch wieder auf und die Sonde stösst auf cariösen Knochen. Es wird neuerdings operirt und die Dura blossgelegt. Probepunction der Gehirnsubstanz negativ. Verband. Heilung. Verf. betont, dass dem Pat. die zweite Operation hätte erspart werden können, wenn man gleich bei der ersten alles Krankhafte sorgfältig entfernt hätte.

A. Sch. (N.-Y.)

Intracranielle Complicationen der eitrigen Mittelohrentzündung. (Intra-cranial Complications of Suppurative Inflammation of the Middle Ear and Mastoid.) Von Edward B. Dench in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

Bericht über fünf Fälle: 1) 22jähr. Mann mit chronischer Mittelohreiterung, seit zehn Jahren bestehend. Heftige Schmerzen im rechten Ohre, steile Temperaturcurve. Eröffnung des Antrums, aus welchem sich eine bedeutende Menge Eiters entleert. Die Fiebererscheinungen dauern fort, Erbrechen, Benommenheit. Ausgiebige Eröffnung des Sinus, der sich als thrombosirt erweist, Tamponade mit Jodoformgaze. Die Temperatursteigerung hält aber noch immer an, Empfindlichkeit im Verlauf der Vena jugularis, bald auch Anschwellung unterhalb des M. sterno-cleido-mastoideus. Schlingbeschwerden. Auf der rechten Tonsille zeigt sich eine gelb gefärbte Stelle, welche incidirt wird. Es entleeren sich einige Tropfen rahmigen Eiters. Unter Schüttelfrost steigt nun die Temperatur noch höher an. Die Unterbindung der Vena jugularis wird in Aussicht genommen, doch fällt unerwarteter Weise die Temperatur, die Anschwellung am Halse nimmt zusehends ab und die Schlingbeschwerden verschwinden. Nicht ganz vier Wochen nach der Operation am Sinus verlässt Pat. geheilt das Hospital.

2) 30jähriger Mann mit Wochen lang anhaltenden Schmerzen im linken Ohr bei normalem Trommelfellbefund. Schwellung und Druckempfindlichkeit über dem l. Proc. mastoideus. Nach Verf.'s Ansicht handelte es sich um eine primäre Entzündung des Warzenfortsatzes und er schritt zur Eröffnung desselben. Der Knochen erwies sich als erweicht, der Sinus war thrombosirt. Ausgiebige Probepunctionen der Gehirnsubstanz führen keinen Eiter zu Tage. Nach der Operation fiel die Temperatur dauernd. Heilung.

3) 18jähriger Mann mit Sinusthrombose in Folge acuter Exacerbation einer chronischen Otorrhoe. Eröffnung des Sinus und Entleerung eines kleinen epiduralen Abscesses. Heilung.

4) 60jähriger Mann mit chronischer Mittelohreiterung. Heftige Schmerzen im l. Ohre mit Schwindel. Die Schmerzen im Ohr lassen nach, werden jedoch durch Schmerzen in der l. Schläfe ersetzt. Bei

Digitized by Google

der vorgenommenen explorativen Craniotomie fand sich Leptomeningitis über dem Dach der Paukenhöhle. Der Sinus lateralis wurde normal befunden. Heilung. (Die Fälle 3 und 4 sind schon in den Transactions of the American Otological Society für 1896 ausführlich veröffentlicht.)

5) Kind, zwei Monate alt, mit acuter Mittelohreiterung und Abscessbildung hinter dem linken Ohre. Bei der Incision des Abscesses fand sich der Knochen in ausgedehntem Maasse zerstört. Einige Tage nach der Operation schien Alles gut zu gehen, doch entwickelten sich dann Hirnsymptome, die auf einen Abscess deuteten und zum Tode führten. Keine Section. A. Sch. (N.-Y.)

Zur Casuistik der intracraniellen Complicationen bei Mittelohrerkrankungen. (Intra-cranial Complications of Middle-Ear Disease, with Report of Cases.) Von J. F. Mc Kernon in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

1. Fall: Sinusphlebitis. 17jähriger Mann mit acuter Mittelohreiterung. Nach Eintritt des Eiterflusses hielten die Schmerzen noch immer an, Schüttelfrost, hohe Temperatur, Erbrechen. Therapie: Blutegel und Leiter'scher Kühlapparat. Das Befinden des Pat. bessert sich allmählich, doch bleibt ein dumpfer Schmerz in der rechten Kopfhälfte bestehen mit geringer Taubheit auf dieser Seite. Vier Wochen nach dem ersten Anfall setzt sich Pat. einer Erkältung aus, worauf wieder heftige Schmerzen auftreten mit Anschwellung der Gegend unterhalb des Warzenfortsatzes. Eröffnung des Antrums und Blosslegung des Sinus, der sich als thrombosirt erwies. Auslöffelung des Thrombus, Tamponade mittelst Jodoformgaze. Pat. wird am 15. Tage nach der Operation geheilt entlassen.

2. Fall: Epiduralabscess in Folge chronischer Mittelohreiterung. 15jähriger Knabe. Im zweiten Lebensjahre Scharlach und Meningitis, worauf Taubstummheit. Im sechsten Lebensjahre Abscess hinter dem rechten Ohre, welcher incidirt wurde. Im zehnten Lebensjahre Pneumonie und neuerdings Meningitis. Wieder bildet sich ein Abscess hinter dem rechten Ohre, der eröffnet wird. Die Wunde schliesst sich diesmal nicht, sondern entleert Jahre lang übelriechenden Eiter. Einige Wochen vor der Aufnahme neuerdings Incision eines Abscesses über dem r. Warzenfortsatz. Starke Schmerzen im r. Ohr und der r. Kopfhälfte. Fieber. Bei der nun vorgenommenen Radicaloperation fand sich der ganze Warzenfortsatz necrotisch. Die mittlere Schädelgrube wird blossgelegt und ein epiduraler Abscess entleert. Heilung. Verf. betont, dass, wenn gleich das erste Mal statt der Incision über dem Warzenfortsatz die Eröffnung des Antrums vorgenommen worden wäre, man dem Kranken das Jahre lange Siechthum und die Bildung des epiduralen Abscesses erspart hätte.

3. Fall: Epiduraler Abscess nach acuter Mastoiditis. 31jähriger Arbeiter. Im 11. Lebensjahre linksseitige Otorrhoe, welche später öfters recidivirte. Sechs Wochen vor der Hospitalsaufnahme trat in Folge einer Erkältung Schmerz im l. Ohr, Versiegen des Ohrenflusses und Anschwellung hinter demselben auf. Es wurde anderwärts das Antrum eröffnet, doch blieben dumpfe Schmerzen bestehen. Bald

Digitized by Google

darauf unter heftigem, linksseitigen Kopfschmerz Schüttelfrost, Erbrechen. Bei der nun vom Verf. selbst ausgeführten Radicaloperation wurde der Sinus blossgelegt und dabei eine ihm anliegende Eieransammlung entleert. Heilung, nur blieb das Hörvermögen der betreffenden Seite stark beeinträchtigt. A. Sch. (N.-Y.)

Ein objectiv hörbares Ohrgeräusch. (A Case of Objective Tinnitus of thy Ear.) Von William Cowen in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmare Reports 1897, Vol. V.)

Ein 42jähriger Mann klagt seit einem Jahre über ein singendes Geräusch in einem Ohre (welchem? Ref.), welches bei Anwendung des Stethoscops oder Hörschlauches auch objectiv wahrnehmbar wird. Es ist ein periodischer, mit der Herzsystole synchronischer, flötenähnlicher Ton von 500 bis 700 Schwingungen. Zeitweilig verstummt dieses Geräusch, kann dann aber durch Vornüberneigen des Kopfes gleich wieder angeregt werden. Trommelfell und Gehörvermögen normal. Untersuchung des Herzens und der Gefässe ergiebt normale Verhältnisse, kein Atherom, keine Lues. Man kann das Geräusch nur durch den Gehörgang wahrnehmen, bei Auscultation des Warzenfortsatzes, des Kieferwinkels, des Schädeldaches oder der grossen Halsgefässe ist es nirgends zu hören. Zur Erklärung des Phänomens nimmt C. die Anwesenheit eines quer durch das Lumen gespannten Gewebsfadens in „irgend einem Blutgefässe" an und betont die grosse Seltenheit derjenigen objectiv wahrnehmbaren Ohrgeräusche, welche, wie der hier mitgetheilte Fall, nicht auf Muskelaction, sondern auf Gefässveränderung beruhen. Therapeutisch wurde Compression der Carotis versucht, doch vom Pat. nicht vertragen. Weil von vornherein ganz aussichtslos, wurde eine innerliche Medication gar nicht empfohlen.

A. Sch. (N.-Y.)

Zur Asepsis bei der Behandlung von Ohreiterungen. (A Plea for Asepsis in the Clinical Treatment of Otorrhoea.) Von George B. Mc Auliffe in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

Bei der poliklinischen Behandlung von Ohrenkranken wird nach Verf. den Regeln der Asepsis und Antisepsis viel zu wenig Rechnung getragen. Wohl ein Dutzend Patienten wird hintereinander mit demselben Ohrtrichter untersucht und das Instrument höchstens gelegentlich einmal desinficirt. Es werden die Punkte einzeln besprochen, auf welche es bei der aseptischen und antiseptischen Behandlung der Otorrhoe ankommt und besonders die Anwendung von Kali hypermanganicum in verdünnter Lösung empfohlen. A. Sch. (N.-Y.).

Die Behandlung von Strieturen der Eustachi'schen Ohrtrompete mittelst Electrolyse. (The Rapid Dilatation of Strictures of the Eustachian Tube by Electrolysis.) Von Arthur B. Duel in New-York. (N.-Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

D. sieht in der Electrolyse eine geeignete Methode, um Verengerungen der Tuba Eustachii in verhältnissmässig kurzer Zeit zu beheben.

Digitized by Google

Die durch Abbildungen illustrirte Beschreibung des angewendeten Apparates ist im Original nachzusehen (vgl. auch New-York Med. Journal, 16. Jan. 1897). Der indifferente positive Pol wird mit der rechten Hand des Patienten in Berührung gebracht, in der Tuba wird mit dem linken Pol manipulirt. Der Strom wird nur allmählig eingeführt. Es werden nie mehr als zwei bis fünf Milliampère in Anwendung gebracht. „Hat der Contact von zwei bis fünf Minuten gedauert, so ist die Strictur erweicht und man kann die (electrische) Bougie durch gelinden Druck durch die Verengerung durchschieben. In gewissen Fällen stösst die Bougie auf mehr als eine verengerte Stelle, ehe sie in die Paukenhöhle gelangt."

Zehn ausführlich mitgetheilte Krankengeschichten beweisen, dass die Methode der Electrolyse bei Stricturen der Eustachi'schen Röhre weit bessere Erfolge erzielt, als die anderen üblichen Behandlungsarten.

A. Sch. (N.-Y.).

Otologisches Krankenjournalschema. (A Method of Recording Ear Cases, with Explanatory Notes.) Von John C. Lester und Vincent Gomez in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

Das Schema ist nach dem Muster des von Rohrer vorgeschlagenen entworfen, aber nach vielen Richtungen wesentlich erweitert und ergänzt. Die Prüfung mittelst der Bezold'schen continuirlichen Tonreihe ist nicht berücksichtigt, doch dürfte es vorläufig auch nur wenige Practiker geben, die in ihrem Krankenjournal eine Rubrik für diese Prüfung benöthigen.

Zu verbessern wären die Druckfehler „Röhrer" statt „Rohrer", „Schrapnell" statt „Shrapnell" und „Mandle" statt „Mandl".

A. Sch. (N.-Y.).

b) Rhinologische:

Seltene Tumoren des Nasopharynx. (Tumeurs rares du nasopharynx.) Von Dr. Monbouyrain. (Thèse de doctorat und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 8.)

Bietet nichts Neues und ist blos eine Recapitulation bekannter Thatsachen.

Dr. P. K.

Ein 8,80 g wiegender Nasenstein bei einem 10jährigen Kinde. (Rhinolithe pesant 3,80 g chez un enfant de dix ans.) Von Dr. Stucky. (The laryngoscope und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 9.)

Eine 10jährige Negerin hatte die linke Nase von einer grauen, harten Masse ausgefüllt. Sehr ausgesprochene Drucksymptome. Es war kein Kern zu finden, es handelte sich also um einen typischen Rhinolithen.

Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Zwei Fälle von larvirter tuberculöser Mandelhypertrophie. (Deux cas d'hypertrophie amygdalienne tuberculeuse larvée.) Von Dr. Ricardo Botey. (Archivos latinos de rhinologia, laringologia, otologia und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 11.)

Zwei neue Fälle, welche den Anfang einer Lungentuberculose in den Mandeln zeigen. Dr. P. K.

Ueber Fremdkörper der Luftwege. (Corps étrangers des voies respiratoires.) Von Dr. Schiffers. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège 1897, No. 2.)

Ein 3jähriger Knabe bekam, währenddem er Fische genoss, ein Stück Wirbelknochen in die obersten Luftwege; die Tracheotomie musste schleunigst ausgeführt werden, nach welcher Operation die Athmung normal von Statten ging. Nach einige Zeit fortgesetzten alcalischen Inhalationen wurde der Fremdkörper per os ausgeworfen. Verf. verwirft den von Chirurgen allgemein angenommenen Satz, dass Fremdkörper sich gewöhnlich in einem der beiden Ventrikel festsetzen; wenn man von diesem Grundsatz ausgeht, so macht man die Thyrotomie, welche ja keine unschuldige Operation ist, oft unnützer Weise; die einfache Tracheotomie genügt gewöhnlich. Dr. P. K.

Secundärer Schanker beider Mandeln, durch Saugen an den Brustwarzen hervorgebracht. (Chancre syphilitique des deux amygdales contracté par la succion des seins.) Von Dr. Jullien. (Société de dermatologie et syphiligraphic de Paris, séance du 11. mars 1897 und Semaine médicale 1897, No. 12.)

Ein junges Mädchen saugte öfters in langen Sitzungen an den Brustwarzen ihrer Cousine in der Absicht, die Brüste hübscher zu machen; das Kind der Cousine war auch syphilitisch und trank an seiner Mutter. Das inficirte junge Mädchen hatte eine starke allgemeine specifische Roseola und hatte nie den Coitus ausgeübt. Die beiden harten Schanker waren characteristisch und wurden trotz der Drüsenschwellung kaum empfunden. Dr. P. K.

Laryngotomia intercricothyroida. Necrose durch Decubitus der Platte des Ringknorpels, falscher Weg der Canüle. Tod. (Laryngotomie intercricothyroidienne, nécrose par décubitus du chaton du cricoidien. Fausse route cricoidienne. Mort.) Von Dr. Lermoyez und Dr. Griner. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Wurde in der letzten Zeit wegen der Leichtigkeit der Ausführung wieder rehabilitirt, besonders durch Krishaber, Richelot und Nicaise. Dass selbe im Vergleich zur Tracheotomie ganz unschuldig ist, wird durch das angeführte Beispiel in Zweifel gezogen. Die eingeführte Canüle einerseits und der fortwährende Druck der Wirbelkörper namentlich beim Schlucken andererseits brachten bei dem tuberculösen Menschen eine Necrose der Ringknorpelplatte hervor, welche eine Höhle bildete und dem Canülenschnabel als falscher Weg diente; wenn die Canüle

Digitized by Google

nun in dieser Caverne festsass und Erstickungserscheinungen hervorbrachte, so reizte selbe andererseits wieder den Ringknorpel und beschleunigte dessen Necrose. Patient unterlag einem Erstickungsanfall, welcher intra vitam schwer, bei der Section aber leicht zu erklären war. Dieses ist eine Schattenseite der Laryngotomia intercricothyroidea, welche vergebens von deren Vertheidigern geleugnet wird. In ähnlichen Fällen, wie dieser, das heisst, wenn bei eingeführter Canüle und bei Durchgängigkeit der Trachea unerklärbare Erstickungsanfälle auf paradoxale Weise eintreten, muss man an obenerwähnte Eventualität denken: dann soll rasch eine Canüle mit sehr langem Schnabel eingeführt werden. Dr. P. K.

Die Erkrankungen des Larynx, der Nase und der Ohren in Bezug auf die gerichtliche Medicin. (Les affections du larynx, du nez et des oreilles dans leurs rapports avec la médecine légale.) Von Dr. Castex. (Société française de laryngologie et d'otologie, 6. Mai 1897 und Semaine médicale 1897, No. 22.)

Verf. geht die ganze Reihe der Erkrankungen der obersten Luftwege und der Ohren nebst ihren Beziehungen zur gerichtlichen Medicin durch: ein weites Feld. Die Arbeit wird am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

Epidemisches Schluchzen. (Hoquet épidémique.) Von Dr. Berdach. (Sitzung der Kaiserlich königlichen medicinischen Gesellschaft in Wien vom 12. März 1897 und Semaine médicale 1897, No. 12.)

In einer Mädchenschule hatten von 35 Mädchen 16 ein continuirliches Schluchzen bekommen; die zwei zuerst Befallenen waren ausgesprochen hysterisch; das Schluchzen hört des Nachts auf; der Wille hat keinen Einfluss auf das Phänomen, und alle Behandlung bleibt ohne Erfolg. Alle Betroffenen sind anämisch. Dr. P. K.

Röntgenstrahlen zur Diagnose der Lungenkrankheiten. (Emploi des rayons X au diagnostic des affections pulmonaires.) Von Dr. Rendu. (Académie des sciences de Paris, séance du 28. décembre 1896.)

Verf. hat genau die von Dr. Bouchard vorgenommenen Experimente nachgemacht. Bei den betreffenden Patienten, welche sämmtlich dem Hospital St. André in Bordeaux angehörten, wurde zuerst die Auscultation und Percussion des Thorax vorgenommen und die betreffenden Grenzen mittelst dermographischem Bleistift auf der Haut gezeichnet. Die so untersuchten Kranken wurden nun in das dunkele Zimmer gebracht, den Röntgenstrahlen ausgesetzt, und es wurde dann mittelst desselben Bleistiftes genau die Grenze zwischen hellen und dunkelen Stellen aufgezeichnet. Bemerkt muß werden, daß wegen der herrschenden Dunkelheit die ersten gezeichneten Grenzen nicht gesehen werden konnten, daß also kein Irrthum und keine unfreiwillige Neigung, die zweiten Zeichnungen mit den ersten zusammen zu bringen, bestehen konnten. Und dennoch stimmte die zweite Zeichnung vollkommen mit der ersten überein. Dr. P. K.

Digitized by Google

Tödtliche Blutung durch Bersten einer Varice des Oesophagus bei Lebercirrhose. (Hémorrhagie mortelle par rupture de varices dans la cirrhose atrophique.) Von Dr. Ménétrier. (Société médicale des hôpitaux, séance du 4. décembre 1896 und Semaine médicale 1896, No. 62.)

Ein 63jähriger Potator unterlag auf die angegebene Weise.

Ueber Trachealeinspritzungen von Creosot und Guajacol bei Tuberculose des Larynx und der Lungen. (Les injections trachéales de créosote et de guajacol dans la tuberculose laryngo-pulmonaire) Von Dr. Ricardo Botey. (Congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie, Madrid, le 19. novembre 1896 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Man kann allmählich steigend bis zu 100 g der antiseptischen Lösung ungestraft in die Trachea einspritzen; als Vehikel nimmt Verf. gewöhnlich Olivenöl oder Leberthran. Die Medicamente werden auf diesem Wege rasch absorbirt Verf. erinnert hierbei an das ungewollte Experiment Bichat's, wo eine grosse Portion Rindfleischbrühe durch die in die Trachea statt in den Oesophagus eingeführte Sonde schnell resorbirt wurde, ohne Störungen Seitens des Respirationsapparates hervorzurufen. Diese Absorptionsfähigkeit der Schleimhaut der Respirationswege ist grösser als die des Verdauungstractus und des Unterhautzellgewebes, aus Gründen, welche Verf. genau beschreibt. Bei einem erwachsenen Menschen kann man ungestraft $^1/_2$ Liter Flüssigkeit in die Trachea einspritzen. Reizende und selbst caustische Medicamente sind sogar besser von der Bronchial- als von der Magenschleimhaut vertragen. Verf. bringt 1—2 pCt. Creosot und Guajacollösungen in Olivenöl mittelst einer eigens dazu construirten Spritze durch die Stimmritze bis in die Trachea und spritzt Anfangs 3 bis 8 g, später 20 bis 25 g in die Luftwege hinein; manchmal geht Verf. bis auf 40 bis 50 g, was dann einigen Husten hervorruft. Der nachfolgende Husten bringt gewöhnlich ein Viertel der eingespritzten Flüssigkeit wieder zum Vorschein, drei Viertel aber bleiben gewöhnlich; fürchtet man zu sehr den Husten, so kann man vorher Larynx und Trachea cocainisiren. Ausnahmsweise spritzt Verf. die medicamentöse Lösung durch die äussere Haut direct in die Trachea; hierzu gebraucht man eine eigens dazu construirte Spritze. Dr. P. K.

Angina mit Pneumococcen und Angina mit Diphtheritisbacillen. (Angine à pneumocoques et angine diphtéritique.) Von Dr. Jaccoud. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Verf. beschreibt in einem klinischen Vortrage die zwei Arten von Angina und giebt deren Differentialdiagnose. Characteristisch für die erste ist ein plötzlich auftretender Schüttelfrost mit nachfolgender sehr hoher Temperatur, dann bald Halsschmerzen und Drüsenschwellung; ebenso rasch fällt das Fieber am dritten oder vierten Tage; die localen Halssymptome sind meistens eine intensive Röthe der Uvula, der Mandeln und des Segels; manchmal treten Pseudomembranen auf, welche macroscopisch nicht von diphtheritischen Pseudomembranen zu

Digitized by Google

unterscheiden sind. Hingegen bei Diphtheritis ist der Anfang schleichend, wenig gesteigerte Temperatur, langsamer Verlauf, allmähliches Sinken der Temperatur. Jaccond räth mit Recht, bei fehlender bacteriologischer Diagnose und Fällen von Angina pseudomembranacea einstweilen die antidiphtheritische Behandlung mit Ausnahme der Seruminjectionen anzuwenden: Bepinselungen mit Sublimat, Gurgeln mit Borsäure und Salicylsäure, Salicylsäure innerlich, roborirende Diät und etwas Alcohol. Bei festgestellter Diphtheritis Seruminjectionen.

Dr. P. K.

Seltener Fall von Larynxperichondritis. (Cas singulier de périchondrite du larynx.) Von Dr. H. S. Birkett. (New-York med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Ein mit Gonorrhoe behafteter Patient zeigt Schmerzen in beiden Knieen, Füssen, rechter Schulter und rechter Halsseite beim Schlucken. Das Laryngoscop zeigt Schwellung des rechten Cricoarytenoidalgelenkes und verlangsamte Bewegung des betreffenden Stimmbandes; Larynx sonst normal. Das Larynxleiden heilte zugleich mit dem Tripper.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Vergrösserung der Arteria pharyngea ascendens. (Deux cas d'hypertrophie de l'artère pharyngée ascendante.) Von Dr. Harrison Griffin (Med. Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Wichtig bei Operationen in dieser Gegend. Bisher nur bei Frauen gefunden, seltener doppelseitig. Die zwei vom Verf. beobachteten Fälle beweisen, dass die Arterie das Volumen der Radialis und ebenfalls deren leicht sichtbare Pulsationen annehmen kann. Dr. P. K.

Streptococcenangina mit scharlachähnlichem Ausschlag. (Angine à streptocoques avec éruption scarlatiniforme.) Von Dr. Béclère. (Société médicale des hôpitaux, séance du 17. juillet 1896 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Verf. beobachtete die oben genannte Hausepidemie, welche ohne nachfolgende Desquamation verlief; wegen der Ansteckung nimmt Verf. dennoch wahren Scharlach an. Die Desquamation bilde also kein nothwendiges Symptom des Scharlachs. Dr. P. K.

Ueber Eunuchenstimme. (Sur la voix eunuchoide.) Von Dr. C. Biaggi. (Monatsschrift für Sprachheilkunde und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Die Eunuchenstimme wurde bei einem 16jährigen und einem 20jährigen Mann beobachtet, trotzdem dass Larynx und Genitalien ordentlich ausgebildet waren. Verf. leitete selbe von einem Leiden der Nase und des Pharynx ab, bei welchem Leiden die eunuchoide Stimme eine Stimme der Ruhe ist. Geeignete Behandlung des Leidens sowie geeignete Uebung brachten Heilung. Dr. P. K.

Digitized by Google

Sublinguale Phlegmone (Ludwig'sche Angina) mit Pneumococcen. (Phlegmon sublingual (angine de Ludwig) à pneumocoques.) Von Dr. Macaigne und Dr. Vanverts. (Presse médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Verff. geben einen tödtlich endenden Fall mit kritischen Erläuterungen, welche nichts Neues über das Thema liefern. Dr. P. K.

Fremdkörper in den obersten Luftwegen. (Un cas de corps étranger des voies respiratoires.) Von Dr. A. Heindl. (Wiener klin. Wochenschrift und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Ein 23jähriger Mann empfand seit zwei Tagen beim Schlucken Schmerz in der linken Halsseite. Chiari fand eine die Plica pharyngo-epiglottica durchbohrende Nadel; selbe wurde in Stücken in zwei Sitzungen entfernt. Dr. P. K.

Fall von schwerer Blutung nach Tonsillotomie. (Un cas d'hémorrhagie grave consécutive à la tonsillotomie.) Von Dr. Boezuo Piergili. (Archiv. ital. d'otol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Trat sieben Stunden nach der Operation ein, die doppelseitige Operation war mit dem Fahnenstock-Matthieu'schen Instrument ausgeführt worden. Es traten fünf solcher Blutungen in verschiedenen Zwischenräumen ein; dieselben wurden jedes Mal durch Eis, Ergotin, Höllenstein und Compression der Carotiden zum Stillstand gebracht. Da eine neue Blutung das Leben des Patienten bedroht hätte, wurde die Carotis communis unterbunden; nach dieser Operation traten Anfangs rechtsseitige Lähmung, Delirien nebst Convulsionen ein. Heilung. Verf. räth, immer nur eine Mandel in derselben Sitzung herauszunehmen, immer vorher den Verlauf der betreffenden Carotis zu betrachten und den Kopf des Patienten während der Operation stark nach hinten zu beugen. Dr. P. K.

Cocainlösungen bei hoher Temperatur zur localen Anästhesie. (Emploi de solution de cocaine à haute température pour l'anaesthésie locale.) Von Dr. Tiro Costa. (Gaz. degli ospedali und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Man kann selbe zu 50°—55° anwenden und hat dabei folgende Vorzüge: sogar 2proc. Lösungen bringen bei dieser Temperatur die gewünschte Anästhesie, letztere betrifft eine grössere Schleimhautpartie und tritt fast plötzlich auf, besonders wenn man statt einzupinseln einspritzt. Auf solche Weise hat man keine Vergiftungen mehr zu befürchten. Dr. P. K.

Undurchgängigkeit des Oesophagus. Breite Communicationsöffnung zwischen Trachea und Oesophagus. (Imperforation de l'oesophage. Large communication trachéooesophagienne.) Von Dr. Lefour und Dr. Fieux. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Ein 2980 g wiegendes Kind kam zur Welt, ohne dass es weinte noch schrie. Athem beschwert, trotzdem dass der Mund frei war. Tod

Digitized by Google

nach zehn Stunden, nach vorhergehendem Pfeifen und einem eigenthümlichen Fahnengeräusch. Die Section liess nichts im Larynx und in der Trachea entdecken. 4 cm tief war der Oesophagus blind, taschenförmig endend; dann unter dieser Tasche befand sich ein fibröser solider Strang, der sich allmählich in einen in den Magen einmündenden Canal verwandelte. Das obere Stück der Speiseröhre communicirte durch eine 12 mm grosse Oeffnung mit der Trachea an der hinteren Seite derselben. Der Tod war leicht zu erklären. Das Fahnengeräusch entstand, indem beim Inspirium die hintere Oesophaguswand gegen die Trachea aspirirt und beim Exspirium wieder nach rückwärts bewegt wurde; so entstand auch die Dyspnoe. Dr. P. K.

Ein falsches Gebiss in der Speiseröhre. (Une denture dans l'oesophage.) Von Dr. Massei. (Archiv. ital. di laringol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Der Fremdkörper passirte glücklich die Cardia und wurde mit den Fäcalmassen ausgestossen. Auf diesen Fall gestützt, bemerkt Verf., dass man in solchen Fällen nicht die Graeffe'sche Sonde, sondern den Oesophagusschirm gebrauchen soll; überhaupt bei Fremdkörpern soll man möglichst genaue Beschreibung derselben vor jeglicher Operation haben. Einmal im Magen, soll man nach der Salzer'schen Methode den Patienten mit grossen Mengen gekochter Kartoffeln nähren; letztere bilden erstens eine gute Einwickelung und zweitens vermehren sie das Gewicht respective die leichtere Austreibung des Fremdkörpers.

Dr. P. K.

Fall von Epiglottiscyste. (Un cas de Cyste de l'épiglotte.) Von Dr. Brindel. (Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 6.)

Eine 32jährige Frau wurde für Phthisis laryngea behandelt. Diagnose und Behandlung liessen eine auf der linken Plica aryepiglottica aufsitzende Cyste erkennen. Diese Cysten kommen meistens bei Männern vor. Heilung tritt immer ein. Dr. P. K.

Berichtigung.

In der Kritik des Buches von Moritz Schmidt auf Seite 314 bis 317 (Heft 7) sind folgende Druckfehler zu berichtigen:

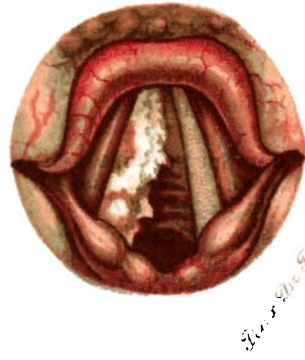
In Absatz 3: Statt „dem Kopiren“ lies „den Regionen“.
„ „ 5: „ „Wirken“ lies „Winken“.
„ „ 6: „ „ein collegiales Verhalten“ lies „sein“.
„ „ 8: „ „Neurosenlehre“ lies „Neuronenlehre“.
„ „ 9: „ „Nïcins“ lies „Ricies“.

Alle für die Monatsschrift bestimmten Beiträge und Referate sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

1.



Das Stimmband grösstentheils vom Belage bedeckt.

2.

Das Stimmband grösstentheils vom Belage befreit.

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. M. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Prof. Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes. Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. Berlin, October 1897. No. 10.

I. Originalien.

Zur Muschelfrage.

Von

Prof. **E. Zuckerkandl.**

(Schluss.)

Die Siebbeinmuscheln von Embryonen und Neugeborenen.

Ich habe, um über die Muschelursprünge und die Nebenmuschel der unteren Siebbeinspalte Aufklärung zu erhalten, 104 Nasenhöhlen von Embryonen (darunter 32 vom 3. bis incl. dem 6. Monat und 72 ältere Embryonen) und 10 Nasenhöhlen von Neugeborenen untersucht. Die theils in Alcohol, theils in Pikrinsäure-Sublimat gehärteten Objecte wurden nach Besichtigung der Muscheln an mehreren Stellen frontal durchschnitten, um die Abzweigungsstellen der Muscheln von der Nasencapsel (der Lateralplatte) darzulegen.

Die Stützleiste der oberen Siebbeinmuschel repräsentirt sich für gewöhnlich nur in Form einer ziemlich breiten Verdickung der Lateralplatte. Da die Concha ethm. superior zwei Muschelelemente enthält,

Digitized by Google

so sollte man erwarten, dass sich die breite Stützleiste in zwei Stücke gliedert; dies trifft jedoch nur ausnahmsweise zu. Die Leiste der Concha ethm. media zweigt in einiger Entfernung unterhalb der oberen Siebbeinmuschel von der Lateralplatte ab. Die Form und Grösse dieser Stützleiste variirt mannigfach. Die Stützleiste der C. ethm. inf. ist unter allen am besten entwickelt und am stärksten gebogen; sie zweigt weit unterhalb der C. ethm. med. von der Lateralplatte ab.

Ueber das Ursprungsverhalten der unteren Siebbeinmuschel habe ich nichts zu bemerken, da sich dasselbe ausnahmlos typisch verhielt. Die von Killian beschriebene Coalition zwischen der unteren und der mittleren Siebbeinmuschel fand sich unter meinen Präparaten nicht. Die Varietäten betreffen demnach hauptsächlich den oberen Theil des Siebbeins und vorwiegend wieder die mittlere Siebbeinmuschel.

Embryonales Siebbein mit zwei Muscheln.

Das Siebbein kann aus zwei Gründen diese Form zeigen: Es ist entweder an der primären oberen Siebbeinmuschel nicht zu einer weiteren Differenzirung gekommen (Fig. 9 a.), oder es war dies wohl der Fall, aber es hat sich später die mittlere Siebbeinmuschel vollständig zurückgebildet; diesfalls enthält die dritte (obere) Muschel der Reihe nicht drei, sondern blos zwei Elemente, nämlich das der Concha superior und der Concha suprema.

Man findet gewöhnlich beim Unterbleiben einer weiteren Differenzirung der primären oberen Muschel die obere der beiden Conchae ethm. auffallend breit. Es ist, um nur ein Beispiel anzuführen, in der rechten Nasenhöhle eines fünfmonatlichen Embryo die obere Siebbeinmuschel ebenso breit wie auf der Gegenseite die mittlere und obere Siebbeinmuschel zusammengenommen. Ferner kommen Fälle zur Beobachtung, in welchen auf einer Seite drei gut entfaltete Muscheln vorhanden sind, auf der anderen Seite aber nicht, da von der Fissura ethm. superior sich nur eine Spur zeigt. Es ist diesfalls beiderseits das knorpelige Siebbeingerüst an Grösse ganz gleich und auch in der Form nicht wesentlich verschieden; der Unterschied besteht lediglich darin, dass auf der einen Seite die Differenzirung der mittleren Siebbeinmuschel in der Anlage stehen geblieben ist. Dann giebt es Fälle, in welchen an der Schleimhaut der primären oberen Muschel gerade nur eine Andeutung der Fissura ethm. superior zu bemerken ist, während das knorpelige Gerüst der oberen Muschel zwei gut entwickelte Knorpelleisten führt, von welchen die untere typisch von jener Stelle der Lateralplatte abzweigt, wo sonst die Skelettleiste der Concha media entspringt (Fig. 9 i.). Die rudimentäre Schleimhautrinne kann auch entfallen, so dass wohl im Skelett, nicht aber soweit es die Schleimhaut betrifft, drei Siebbeinmuscheln vorliegen. Der Fall spricht für Killian's Angabe, nach der das Skelett conservativer als die Schleimhaut zu sein scheint.

Embryonales Siebbein mit drei Muscheln.

Am dreimuschligen Siebbein sehen wir in einiger Entfernung von der Knorpelleiste der oberen Muschel und ziemlich distant stehend von der unteren Siebbeinmuschel die Knorpelleiste der Concha ethm. media von der Seitenplatte abzweigen (Fig. 9 c.). Je nach dem Entwicklungs-

Digitized by Google

zustande der mittleren Siebbeinmuschel ist die Knorpelleiste bald breit, bald schmal (Fig. 9 c., d., e., k.), oft nur auf ein Leistchen reducirt, und zwar dann gewöhnlich, wenn die Muschel rudimentär ist (Fig. 9 d., g.). Gerade nicht selten findet man, dass dem vorderen Antheile der Concha ethm. media eine selbstständige Knorpelleiste fehlt (Fig. 9 p.). Diese Muschel und desgleichen die obere besitzen diesfalls eine breite, durch eine Rinne in zwei Abschnitte zerlegte gemeinsame Platte, welche erst an dem hinteren Ende des Siebbeins sich für die genannten Muscheln in zwei gesonderte, von der Lateralplatte abzweigende Knorpelleisten spaltet. Es ist dies ein Verhalten, welches vorn am Anfangsstücke der Concha ethm. media, da, wo sie aus der gemeinsamen Muschelplatte hervorgeht, stets beobachtet wird.

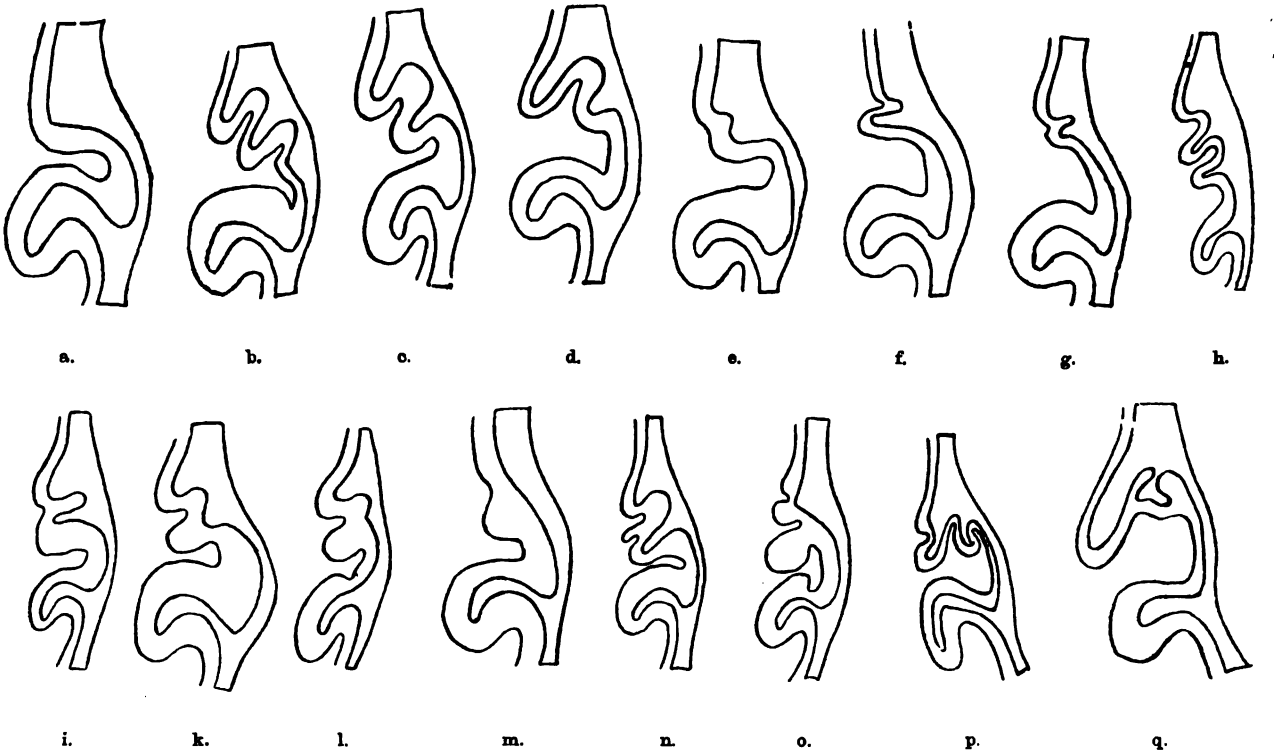
Eine andere Varietät der mittleren Siebbeinmuschel besteht darin, dass diese Muschel wohl gut entwickelt ist, derselben aber die knorpelige Stützleiste vollständig fehlt (Fig. 9 m., l., o.). Solche Fälle zeigen, dass die Muschelbildung auch ohne Betheiligung des Skeletts möglich ist.

Embryonales Siebbein mit vier Muscheln.

Beim Vorhandensein von vier Siebbeinmuscheln findet sich nur ausnahmsweise für jede der Muscheln eine eigene Stützleiste — ich habe dies nur in einem einzigen Falle beobachten können, — in der Regel besitzen nur die untere und die mittlere Muschel gesonderte Leisten, während die dritte und die vierte Muschel gewöhnlich von dem verdickten oberen Antheile der Seitenplatte getragen werden. Aber auch an der C. ethm. superior kann die knorpelige Unterlage fehlen; so finde ich in einem Falle, wo nur rechterseits vier Siebbeinmuscheln entwickelt sind, die dritte Muschel der Reihe ohne Stützleiste (Fig. 9 n.). In einem anderen Falle, wo auch nur auf der rechten Seite vier Muscheln sitzen, ist für die dritte und vierte Muschel eine gemeinsame Stützplatte vorhanden, während die Concha ethm. media keine Stützleiste enthält (Fig. 9 o.). Auf der dreimuschligen Seite dieses Präparates ist die obere Siebbeinmuschel so breit, wie auf der Gegenseite die dritte und vierte Muschel zusammengenommen.

In zwei meiner Fälle mit vier Siebbeinmuscheln auf einer und drei Muscheln auf der anderen Seite scheint auf der dreimuschligen Seite die Combination Concha ethm. inferior, media und suprema vorzuliegen, da die obersten Muscheln der Reihe gerade so gross wie auf der Gegenseite sind, aber auf der dreimuschligen Seite die Fissura ethm. superior weit geöffnet ist. In einem anderen Falle, betreffend die Nasenhöhle eines achtmonatlichen Fötus, enthält das rechte Siebbein vier Muscheln, von welchen die zweite und dritte ganz besonders schmal sind. Links ist die Concha ethm. media breiter als gewöhnlich, dagegen fehlt das hintere Ende der oberen Siebbeinmuschel. In Folge dessen ist oberhalb der Concha ethm. media eine breite Spalte etablirt, welche bis an die vierte Muschel heranreicht. Es ist dies eine Formation, wie sie zuerst von Killian beschrieben wurde. Dann erwähne ich noch eines Präpärates, an welchem die obere Siebbeinmuschel, ähnlich wie dies zuweilen an der mittleren vorkommt, eine schmale zurückgesunkene und von den Grenzmuscheln (der zweiten und vierten) operculisirte Leiste darstellt.

Digitized by Google



Figur 9.

Digitized by Google

Figur 9. Querschnitte durch die Siebbeinmuscheln. s. Schleimhaut. k. Knorpel.

a. Embryo, 7 Monate alt. 2 Conchae ethmoidales.

b. Embryo, 8 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Nebenmuschel der Fiss. ethm. inf.

c. Embryo, 8 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Die mittlere ist ein wenig verkürzt.

d. Embryo, 7 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Die mittlere ist rudimentär.

e. Embryo, 5 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Die Stützleisten der oberen und mittleren Muscheln sind nicht genügend differenzirt.

f. Embryo, 6 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Dasselbe, überdies springt die C. media über die C. sup. vor.

g. Embryo, 5 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Dasselbe, überdies ist die Stützleiste der C. media verschmälert.

h. Embryo, 7 Monate alt. 4 Conchae ethmoidales.

i. Embryo, 5 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Es sind wohl die Stützleisten, nicht aber die Schleimhautüberzüge der C. media und sup. genügend differenzirt.

k. Embryo, 6 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Die C. media besitzt eigentlich keine Stützleiste.

l. Embryo, 7—8 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Aehnlicher Fall.

m. Embryo, 6 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Es fehlt der C. media und sup. jede Spur einer Stützleiste.

n. Neugeborenes Kind. 4 Conchae ethmoidales. Die C. superior besitzt keine Stützleiste.

o. Embryo, 8 Monate alt. 4 Conchae ethmoidales. Die Stützleiste der mittleren Muschel fehlt vollständig.

p. Embryo, 6—7 Monate alt. 3 Conchae ethmoidales. Vom Dache der Fissura ethm. inf. ragt ein muschelartiges Gebilde vor.

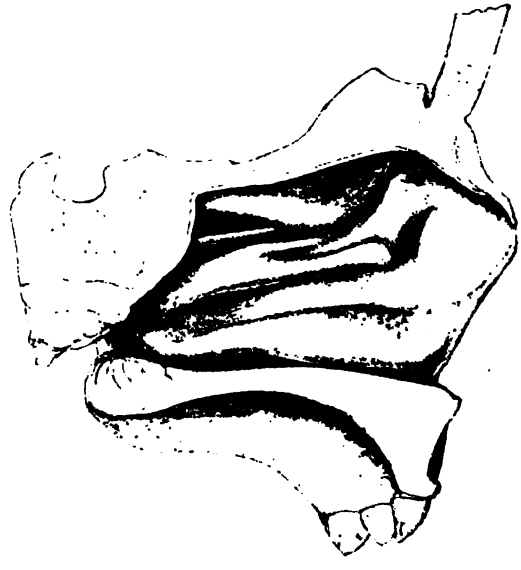
q. Neugeborenes Kind. 2 Conchae ethmoidales. Aehnlicher Fall.

Endlich führe ich jene Fälle an, in welchen zwischen der dritten und vierten Siebbeinmuschel statt einer Fissura ethmoidalis sich ein dreieckiges Grübchen (Foveola conchae superioris) etablirt, dieses auch am drei- und zweimuschligen Siebbeine auftretende Grübchen besitzt, wie ich schon an anderer Stelle hervorgehoben habe, einen oberen, einen unteren Schenkel und eine am Sulcus sphenoethmoidalis liegende Basis. Der obere, nicht selten gewulstete Schenkel biegt gegen die Lamina cribrosa ab, während der untere Schenkel dem hinteren Ende der oberen Siebbeinmuschel angehört. Ich war seiner Zeit über die Bedeutung dieses Grübchens nicht im Klaren und habe sie für eine einer Siebbeinspalte fremde Formation gehalten. Erst durch Killian's Beschreibung von dem Rückbildungsprocesse an den hinteren Enden der dritten und vierten Muschel, den ich später selbst beobachtet habe, sowie durch die Acquisition von Präparaten, an welchen man den Uebergang des Grübchens in die Fissura ethm. superior verfolgen konnte, ist mir die Bedeutung der Foveola conchae klar geworden. Das Grübchen entsteht auf die Weise, dass das hintere Ende der vierten Muschel allein oder auch noch jenes der dritten Muschel in der Entwicklung

Digitized by Google

zurückbleiben. Bildet sich der untere Schenkel der Foveola ganz zurück, dann confluirt das Grübchen mit der oberen Siebbeinspalte, und ist, wie in dem abgebildeten Falle (Fig. 10), auch noch die mittlere Siebbeinmuschel mangelhaft ausgebildet, dann begrenzt die untere Siebbeinmuschel mit der vierten eine breite Grube, welche durch die Rudimente der zweiten und dritten Siebbeinmuschel in drei Abschnitte zerfällt. Die zwei Muschelrudimente lagerten ursprünglich offenbar an der Oberfläche und sind erst später in der Entwicklung zurückgeblieben.

Bei Kindern findet sich das Grübchen der oberen Muschel häufig, dagegen wird es beim Erwachsenen nur selten angetroffen.



Figur 10. Linke Nasenhöhle eines vier Jahre alten Kindes. Vier Conchae ethmoidales. Zwischen C. inf. und C. suprema klafft eine breite Spalte; in derselben lagern: das leistenartige Rudiment der Concha ethm. media und die noch mehr zurückgebildete C. sup. Auch die vierte Muschel ist rudimentär.

Die Nebenmuschel der Fissura ethmoidalis inferior.

Hinsichtlich der anatomischen Details dieser Muschel im embryonalen Zustande verweise ich auf die Citate aus Killian's Schrift. Ich selbst habe unter meinen Präparaten nur fünf gefunden, von welchen vorausgesetzt werden könnte, dass sie Nebenmuscheln im Sinne Killian's enthalten. Es handelt sich in diesen Fällen um eine zwischen C. ethm. inf. und med. fallende leistenartige Verdickung der Lateralplatte (Fig. 9 b.). Die Leiste beginnt gewöhnlich im vorderen Ende der unteren Siebbeinspalte, erreicht aber nicht die Zone der hinteren Muschelenden. Sie kommt neben einer gut entwickelten oder neben einer rudimentären C. ethm. media vor. In einem Falle mit zwei Siebbeinmuscheln er-

Digitized by Google

streckte sich die Verdickung der Lateralplatte von der C. ethm. inf. angefangen bis hinauf zum Ursprunge der C. ethm. superior.

Es ist wahrscheinlich, dass das Gebilde, welches ich für den Erwachsenen als „hintere Nebenzelle" der unteren Siebbeinspalte beschrieben habe, aus der beschriebenen Leiste hervorgeht, diesfalls würde die hintere Nebenzelle der Nebenmuschel der Fissura ethm. inf. entsprechen. Ich wage es jedoch nicht, dies mit Bestimmtheit auszusprechen, da mir verlässliche Beweise für eine solche Behauptung fehlen. Die Entwicklung der hinteren Nebenzelle spielt sich nämlich vorwiegend nach der Geburt ab, und könnte nur auf Grundlage einer lückenlosen Reihe von jugendlichen Nasenpräparaten studirt werden; eine solche Reihe steht mir aber nicht zur Verfügung. Nur auf embryonale Objecte gestützt, lässt sich die Entwicklung schon aus dem Grunde nicht verfolgen, weil die, die Umwandlung der Nasencapsel in den definitiven Zustand begleitende, Resorption leicht Bilder vortäuscht, welche wohl an Muschelbildungen erinnern, mit solchen aber nichts zu thun haben.

Seltenen Falls treten in der unteren Siebbeinspalte Bildungen auf, die möglicher Weise auch als Nebenmuscheln zu deuten sind. Zwei hierher gehörende Präparate, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, will ich beschreiben.

Fall 1 (Fig. 9 p.) betrifft das Siebbein eines 6—7monatlichen Embryo. Es sind beiderseits drei Siebbeinmuscheln vorhanden: die untere zeigt ein typisches Verhalten, die mittlere bildet eine lange, weit nach vorn reichende Leiste, die obere ist ziemlich gross. Die Siebbeinspalten sind eng. Querschnitte zeigen, dass die mittlere Siebbeinmuschel eine grosse Strecke weit keine selbstständige Stützleiste besitzt. Für sie, wie für die C. ethm. superior besteht eine einzige breite, doppelt gefaltete Knorpellamelle, wie sie schon früher beschrieben wurde. Am hinteren Ende des Siebbeins dagegen ist wieder Alles typisch, d. h. die Stützleiste der C. media entspringt nun auch an der knorpeligen Seitenplatte.

Die Anomalie in diesem Fall besteht nun darin, dass von dem Dache der unteren Siebbeinspalte ein muschelartiges Gebilde herabhängt (siehe die Abbildung). Dasselbe zweigt von der Lateralplatte da ab, wo die gemeinsame Stützleiste für die zweite und dritte Siebbeinmuschel endet. Dieser eigenthümliche Körper enthält eine Knorpelleiste und ragt rechterseits frei in den Gang hinein, während er linkerseits nicht von der Seitenwand der Spalte isolirt ist. Dieses muschelartige Gebilde, welches 3 mm lang ist und sich nur im vorderen Antheile der Fissura ethm. inferior findet, enthält einen von Schleimhaut ausgekleideten Sinus, welcher an dem vorderen Leistenende mündet. Die Stützleiste selbst zweigt höher oben ab, als die Concha ethmoidalis media. Hieraus geht schon zur Genüge hervor, dass es sich nicht um ein Rudiment der mittleren Siebbeinmuscheln handeln könne. Aus dem gleichen Grunde kann nicht an die bisher beschriebene Nebenmuschel der Fissura ethm. inferior gedacht werden.

Fall 2 (Fig. 9 q.) betrifft das Siebbein eines Neugeborenen. Es finden sich beiderseits nur zwei Siebbeinmuscheln, von welchen die obere mit einer deutlichen Foveola versehen ist.

Die Siebbeinspalte ist eng. An der gleichen Stelle wie im Falle 1

Digitized by Google

geht von dem oberen Winkel der unteren Siebbeinspalte eine etwa 3 mm lange, von Schleimhaut überzogene Knorpelleiste ab, welche an ihrem freien Ende hammerartig verdickt ist. Dieses Gebilde ist weder gegen die nachbarliche Muschel, noch gegen die Seitenwand des Ganges abgegrenzt,
da die Schleimhaut des Wulstes direct von der Concha superior auf die laterale Wand der Spalte übersetzt.

Auch in diesem Falle ist die Ursprungsstelle des fraglichen Gebildes zu kurz, zu hoch und zu weit vorn gelagert, um als Rudiment einer Hauptmuschel gelten zu können. Möglicher Weise handelt es sich um die Anlage eines gleich der Bulla ethmoidalis blasigen Knochensegmentes, welches ich in einem Falle in der Nasenhöhle eines Erwachsenen beobachtet habe. Es steckte diesfalls im vorderen Antheil der unteren Siebbeinspalte eine Zelle, welche, von der Ursprungsstelle an der Lamina papyracea abgesehen, völlig frei lag. Ob dieses Gebilde als eine (vordere) Nebenmuschel der Fissura ethmoidalis inferior aufgefasst werden darf oder nicht, wage ich nicht zu entscheiden.

Der Uebersicht halber stelle ich anhangsweise alle jene Varietäten der Siebbeinmuscheln zusammen, welche ich bisher beobachtet habe.

Siebbein mit zwei Muscheln.

1) Die untere enthält eine typisch abzweigende Knorpelleiste, die obere nicht; ihr entprechend ist wie gewöhnlich die Seitenplatte blos verdickt (Fig. 9 a.).

2) Dasselbe, aber der verdickte Theil der Lateralplatte ist im Bereiche des freien Randes der oberen Siebbeinmuschel zu einer stumpfen Leiste ausgezogen.

3) Beide führen gut entfaltete Stützleisten.

4) Von der lateralen Fläche der oberen Muschel zweigt eine Leiste ab, welche wohl einen Wulst der Muschel, aber nicht einen Wulst der Siebbeinspalte bildet.

5) An der Abgangsstelle der oberen Muschel von der Seitenplatte zweigt vom Dache der Fissura ethm. inferior eine Knorpelleiste ab, die in die Spalte vorspringt, aber nicht durch Rinnen gegen die nachbarlichen Theile abgegrenzt erscheint (Fig. 9 q.).

(In den Fällen 1—5 enthielt die obere Muschel der Reihe auch das Element der mittleren Siebbeinmuschel. Nur in Bezug auf den Fall 5 war die Diagnose schwer zu stellen.)

Siebbein mit drei Muscheln.

6) Dieselben liegen gleich ihren breiten Knorpelleisten in einer Ebene.

7) Die Knorpelleiste der mittleren Siebbeinmuschel ragt median sammt ihrer Leiste über die obere Muschel vor (Fig. 9 f.).

8) Die mittlere Siebbeinmuschel ist verschmälert (Fig. 9 c.—e.).

9) Die verschmälerte mittlere Siebbeinmuschel ist gegen die Fissura ethm. inferior zurückgesunken (Fig. 9 d.).

10) Die knorpeligen Muschelleisten sind schön breit, aber die Fissura ethm. superior ist nur angedeutet (Fig. 9 i.).

Digitized by Google

11) Die mittlere Siebbeinmuschel besitzt keine Stützleiste (Fig. 9 k., l., m., o.).

12) Weder die mittlere noch die obere Siebbeinmuschel führt eine Stützleiste. Entsprechend diesen zwei Muscheln ist die Seitenplatte einfach verdickt (Fig. 9 m.).

13) Vom Dache der Fissura ethm. inferior ragt in diesen Gang eine Leiste vor, welche der sub 5 beschriebenen ähnlich ist, sich aber von dieser dadurch unterscheidet, dass sie durch Rinnen gegen die Nachbarschaft abgegrenzt wird (Fig. 9 p.).

14) Die mittlere Siebbeinmuschel besitzt wohl eine Stützleiste, aber dieselbe entspringt nicht gesondert von der Lateralplatte, sondern stellt blos einen Anhang der Knorpelleiste der oberen Muschel dar.

15) Dasselbe, jedoch erstreckt sich die gemeinsame Knorpellamelle für die beiden Muscheln nicht bis ganz hinten, da hier die C. ethm. media eine typisch entspringende Ursprungslamelle zeigt.

16) Es handelt sich um die Combination Concha inferior, media, suprema, da die obere Muschel rudimentär ist. Die dritte Muschel der Reihe zeigt in Folge dessen ein Foveola.

17) Der Theil der Seitenplatte, welcher zwischen den Ursprungspunkten der mittleren und oberen Siebbeinmuschel ausgespannt ist, trägt eine wulstige, gegen die untere Siebbeinspalte vortretende Leiste (Fig. 9 b.).

Siebbein mit vier Muscheln.

18) Alle vier Muscheln besitzen knorpelige Stützleisten (Fig. 9 h.).

19) Die obere Muschel besitzt keine Stützleiste (Fig. 9 n.).

20) Der mittleren fehlt die knorpelige Leiste (Fig. 9 o.).

21) Nur die untere Siebbeinmuschel führt eine Stützleiste, die übrigen Siebbeinmuscheln werden von der verdickten Lateralplatte getragen.

22) Die obere Muschel ist zwischen den nachbarlichen leicht eingesunken.

23) Die zweite und dritte Siebbeinmuschel sind rudimentär und werden von der durch besondere Breite ausgezeichneten vierten Siebbeinmuschel verdeckt. Oberflächlich liegen demnach nur die erste und vierte Muschel.

24) Oberflächlich liegen die erste und vierte Siebbeinmuschel, zwischen welchen eine breite Siebbeinspalte klafft. In dieser sind die zweite und dritte Muschel enthalten (Fig. 10).

25) Die Bulla ethmoidalis und der Processus uncinatus setzen sich bis an die Choanen fort. Es handelt sich in diesem Falle um die Nasenhöhle eines siebenmonatlichen Embryos. Das Siebbein der rechten Seite trägt vier, das der linken Seite nur drei Muscheln. Der mittlere Nasengang enthält eine breite, den Gang ausfüllende, zwischen den beiden Grenzmuscheln des Ganges sichtbare Leiste, die vorn in den Processus uncinatus übergeht und hinten bis an das Ende der Grenzmuscheln reicht. Der Choanentheil der Leiste ist verbreitert und füllt hier den Gang so vollkommen aus, dass er die nachbarlichen Muscheln berührt.

Auch die Bulla ethmoidalis verlängert sich gegen die Choane; die Verlängerung schliesst sich im weiteren Verlaufe der lateralen Fläche

Digitized by Google

der unteren Siebbeinmuschel an, reicht aber nicht so weit nach hinten wie die des Processus uncinatus.

Die leistenartigen Antheile der Bulla und des Processus uncinatus enthalten keine Stützleisten.

Die geschilderte Formation ist symmetrisch ausgebildet; zwischen rechts und links besteht nur der unwesentliche Unterschied, dass rechterseits wegen Kürze des Operculums conchae ethm. inf. die vom Processus uncinatus auslaufende Leiste ihrer ganzen Länge nach sichtbar ist. Killian, der Aehnliches vor mir beobachtet hat, ist der Meinung, dass der von mir beschriebene, am hinteren Ende des mittleren Nasenganges befindliche Schleimhautwulst (Tuberculum interturbinale) mit dem absteigenden Schenkel des Nasoturbinale in Beziehung zu bringen sei, eine Auffassung, der ich mich anschliesse. Hierzu veranlasst mich hauptsächlich die Beobachtung, dass das Tuberculum interturbinale schon bei Embryonen auftritt.[1]) Interessant ist demnach, dass am Nasoturbinale sich neben dem vorderen Antheile das hintere Ende erhalten kann, während das Mittelstück schwindet.

Kgl. Universitäts-Klinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten zu Turin.

Ueber die Behandlung der Ozäna.

Von

Prof. **G. Gradenigo** [2])

Die auf Grund des constanten Befundes von Pseudodiphtheriebacillen bei Ozäna (Belfanti) gewissermaassen berechtigte Hoffnung, diese Krankheit durch Serum antidiphthericum definitiv zu heilen, hat sich nur theilweise bestätigt. Nach den Erfahrungen, welche ich bis jetzt gemacht habe, kann ich schliessen, dass diese antidiphtheritische Behandlung ohne Zweifel gute Resultate hat, doch sind dieselben nur vorübergehender Natur und die Symptome der Erkrankung zeigen sich von Neuem, sobald die Behandlung ausgesetzt wird. In der Praxis ist diese Behandlung nicht ohne Unannehmlichkeiten, da man die localen und allgemeinen Nebenwirkungen, welche der Seruminjection folgen, nicht verhüten kann, Nebenwirkungen, welche immer unangenehm, zuweilen auch von solcher Schwere sind, dass man gezwungen ist, die kaum begonnene Cur zu unterbrechen.

In Folge dieser Thatsachen hielt ich es für nützlich, andere Behandlungsmethoden zu versuchen. In der Sitzung vom 3. Juli 1896 der k. med. Academie zu Turin berichtete ich über gute Resultate, welche ich mit intramusculären Jodinjectionen nach der Methode von Durante bei einigen Formen von Otitis catarrhalis chronica (Sclerosis) erzielt hatte. Nach dieser Veröffentlichung habe ich die Versuche fortgesetzt und kann die günstige Wirkung der Jodcur, besonders bei Formen von Taubheit

---

[1]) Normale und patholog. Anatomie der Nasenhöhle, Bd. II.

[2]) Der königl. Academie der Medicin zu Turin mitgetheilt am 12. Februar 1897.

Digitized by Google

hereditären Characters, versichern. Kranke, welche ich seit vielen Monaten in Behandlung habe und welche keinen Erfolg durch locale Behandlung der Nase und des Ohres zeigten, hatten durch intramusculäre Jodinjectionen eine bemerkenswerthe Besserung sowohl in Bezug auf Taubheit, als auch die subjectiven Geräusche. Es handelte sich um Patienten, bei welchen eine Localtherapie erfolglos gewesen war und welche theils otitisch hereditär belastet waren, theils mit Syphilis und Tuberculose der Ascendenten. Weil nun bei dem Träger der Ozäna häufig ähnliche diathesische Zustände vorliegen, habe ich geglaubt, auf Grund der damaligen günstigen Resultate die Jodbehandlung auch auf die Therapie der Ozäna ausdehnen zu müssen. Ich verwandte zu den intramusculären Injectionen 1—3 cg Jod nach der Formel von Durante, alle 2 - 3 Tage. Die Behandlung wurde lange Zeit fortgesetzt. Einer meiner Kranken erhielt über 50 Injectionen. Ich habe niemals irgend welche störende Nebenwirkungen in Folge der Injectionen bemerkt; die einzige Unannehmlichkeit ist, dass nicht alle Patienten aushalten, da die Injectionen ziemlich schmerzhaft sind.

Die beobachteten Resultate waren über alle Maassen ermuthigend. Die krankhafte Secretion wurde weniger reichlich, mehr flüssig; der Geruch verminderte sich bedeutend und in einigen Fällen verschwand er. Gewisse Patienten mit beginnender Erkrankung, mit noch umschriebenen Herden auf der Schleimhaut der mittleren Muschel und der höheren Theile der Nase, welche vornehmlich über subjective Cacosmie klagten, bemerkten bei der Behandlung ein schnelles Verschwinden des Symptomes. Auch die eiterige oder trockene Ohrenaffection, welche neben und in Zusammenhang mit der Ozäna bestand und die den anderen Behandlungsmethoden trotzte, hatte von der Jodbehandlung einen beträchtlichen Nutzen. Ungeachtet dieser klinischen Resultate gestattet die bacteriologische Untersuchung, zur Controle ausgeführt ausser durch mich durch Dr. Anton Hoffmann, nicht, mit Sichertheit eine Verminderung der Virulenz der specifischen Microorganismen zu erkennen; ich kann daher nicht bestimmt von einer wirklichen Heilung sprechen.

Auf jeden Fall muss die Jodcur für heute noch als eine der wirksamsten bei der Behandlung der Ozäna und ihrer Complicationen betrachtet werden.

Das Auskochen der Kehlkopfspiegel.

Von

Prof. **Körner** in Rostock.

So sehr das Bedürfniss einer absolut zuverlässigen Reinigung der Kehlkopfspiegel anerkannt ist, so ungenügend sind die Mittel, die bisher dazu verwandt worden sind. Sofortiges Einlegen in Carbol- oder Lysol-Lösung, ehe noch das anhaftende Secret antrocknen konnte, und dann sorgfältiges Abtrocknen ist wohl die am meisten geübte Reinigungsart. Noch besser scheint das Abspülen im stark strömenden Wasserstrahl zu sein. Der oft ertheilte Rath, jedem Patienten seinen

Digitized by Google

eigenen Spiegel zu geben, lässt sich nur in der Praxis elegans durchführen, und die gewiss nützliche Vorschrift, für Syphilitische und Tuberculöse besondere Spiegel mit verschiedenfarbigen Stielen vorräthig zu halten, hat keinen Nutzen bei der ersten Untersuchung von Kranken, deren Leiden wir erst durch den Spiegel erkennen wollen.

Dass man nun die Kehlkopfspiegel gerade so wie unsere übrigen Instrumente in Sodalösung ohne Schaden auskochen darf, ist bisher nicht bekannt gewesen. Man glaubte und lehrte bisher, dass sie das Kochen nicht vertrügen (M. Schmidt, II. Aufl., 1897, S. 113). Dem Diener meiner Klinik blieb es vorbehalten, zu entdecken, dass dieses Vorurtheil falsch ist. Er hat seit längerer Zeit die Spiegel ohne mein Wissen gekocht. Eine schnellere Abnutzung der Spiegel wurde in dieser Zeit nicht bemerkt. Ich habe nun in der Sitzung des Rostocker Aerztevereins am 9. October d. J. einen Spiegel demonstrirt, den ich selbst an verschiedenen Tagen ein Mal 20, zwei Mal 30 Secunden, zwei Mal eine Minute, ein Mal eine Viertelstunde und ein Mal eine halbe Stunde in Sodalösung gekocht hatte. Der Spiegel war jedes Mal in das bereits kochende Wasser gelegt und nach dem Herausnehmen sofort abgetrocknet worden. Das allgemeine Urtheil der anwesenden Aerzte ging dahin, dass der Spiegel „wie neu", „wie aus dem Laden" aussah.

Meine Spiegel sind aus dem „Electrotechnischen Institut Frankfurt" in Frankfurt a. M. bezogen. Sie haben nicht den früher üblichen Zinn-Amalgam-, sondern Silberbelag, gedeckt durch eine Kupferschicht.

Zusatz bei der Correctur. Killian hat vor einigen Jahren besondere Spiegel angegeben, die nach Herausnahme aus der (etwas dicken) Fassung gereinigt und auch gekocht werden können. Sie haben keine Verbreitung gefunden, sind auch nicht nöthig, da gut gearbeitete gewöhnliche Spiegel gekocht werden können. Den oben erwähnten Spiegel habe ich inzwischen noch fünf Mal je eine halbe Stunde lang gekocht; er ist immer noch tadellos.

Bericht

über die Section XIIa für

Ohrenkrankheiten

des

XII. internationalen medicinischen Congresses in Moskau

vom 19.—26. August 1897,

erstattet von Dr. **Arnold Löwenstern** in Moskau.

(Schluss.)

Dr. Okuneff: Sclerose des Proc. mastoid. als Complication der eitrigen chronischen Otiten.

O. beobachtete oft Sclerose bei eitriger Otitis, betrachtet diese Complication als eine sehr schwere, weil hier der Eiter nicht so leicht nach aussen aufbrechen kann; besonders wichtig hier frühe Operation.

Keine Discussion.

Digitized by Google

Dr. C. J. M. Schmidt (Odessa): Ueber Otitis externa primaria vom klinischen Standpunkte aus.

Meist eine Hauterkrankung; wie in diesen lassen sich hier drei Formen unterscheiden, 1) Erkrankung der Epidermis allein, analog der Ichthyosis, 2) Erkrankung des Corium, analog der Dermatitis, wenn die Erkrankung eine leichte, Eczema, wenn in stärkerem Grade.

Erkrankung der Epidermis allein: Kein Jucken, kleine lamelläre Schuppung oder grosse lamelläre Schuppung; letztere führt hier und da zu Epidermispfröpfen.

Im Ganzen selten; Ref. hat einen Fall beobachtet bei gleichzeitiger Ichthyosis der Haut; die Secretionsanomalien sind erst Folgen von Dermatitis. Normale Ohren scheinen keiner Ansammlung von Cerumen zu unterliegen. Pruritus als Sensibilitätsneurose kommt zweifellos im Ohre vor, doch meist mit Dermatitis zusammen, daher schwer zu entscheiden, was das Primäre ist. Bei zweifelloser Dermatitis ist die trockne schuppende Form nur das eine Stadium, welches nach Reizung (Kratzen) in die andere Form übergeht. Bei beiden besteht heftiges Jucken; das ist der Grund der häufig eintretenden Infection, als welche die acute und chronische Entzündung (Furunkel, Phlegmone, Pseudo-Erysipelas und Erysipelas) aufzufassen sind, die vulnerable und juckende Haut sind die prädisponirenden Momente für diese Entzündung; bei gesunden Ohren sind diese Entzündungen jedoch selten, hervorgerufen wird die Contactinfection durch die zum Kratzen benutzten Instrumente: Ohrlöffel, Haarnadel, Zündhölzchen, Papierstreifen etc.; sobald das Kratzen vermieden wurde, trat bei Dermatitis nie Infection ein (vielfache Beobachtungen des Ref.).

Die Infection kann acut in kurzer Zeit entstehen, so dass Nachts in einigen Stunden Anschwellung des Gehörorgans auftritt, oder chronisch innerhalb 8—14 Tagen, durch fortgesetztes Kratzen. Schmerz in letzterer Form weniger heftig; zum Schlusse bei beiden Formen verengter Gehörgang, in demselben schmieriger Brei, oft übelriechend, in der Tiefe normales Trommelfell; dieses letztere wichtig zur Diagnose gegenüber Otitis secundaria externa, welches fast ausnahmslos auf Eiterstauung bei Otitis media zurückzuführen ist.

Therapie dieser Form: Arzneiöl, besonders Thymoleinträufelung (1 : 100—1 : 1000); nässende Form: Cocainspiritus 1 : 10. Ist Infection eingetreten oder zu vermuthen, dann Sublimat 1 : 1000. Patient soll seine Hände gründlich desinficiren.

Prophylaxe: nicht kratzen, da die Dermatitis meist chronisch, oft unheilbar ist.

Otitis extern. prim. hämorrhagica ist fast nur traumatischer Natur; Ref. hat sie nach einem starken Wellenschlag gesehen; ist sehr selten, ebenso selten Herpes meat. audit. et membr. tympan. prim., welche Ref. in zehn Jahren fünf Mal sah. Ref. theilt dann fünf Krankengeschichten mit, von denen keiner histiologisch und bacteriologisch untersucht wurde.

Discussion:

Heimann hat Cholesteatome im äusseren Gehörgang bei ganz gesundem Mittelohr und normalem Gehör beobachtet; bei einem 15jährigen Knaben erneuerten sie sich alle 2—3 Jahre, wurden unter heftigen

Digitized by Google

Schmerzen ausgestossen, wonach der Kranke sich ganz gesund fühlte; Redner gebrauchte gegen Otitis extern. chron. Ol. rusci mit Acid. bor. und Vaselin.

Prof. Berthold bestätigt die Angabe Heimann's; auch er fand Cholesteatome im äusseren Gehörgang bei vollkommen intactem Trommelfell; in den letzten Jahren fand er aber in diesen Fällen eine Perforation an der hinteren Gehörgangswand, zwischen dem knorpligen und knöchernen Gehörgange, diese konnte früher übersehen worden sein.

Dr. Voss (Riga) benutzt Einreibungen mit Argent. nitr. in Lösungen von steigender Concentration (von 5—20—30 pCt.)

Dr. Schmidt hat theoretisch gegen Lapis einzuwenden, daß er die Haut stark reizt; da man ohne ihn auskommt, hält er ihn für überflüssig.

Dr. Louis Vacher (Orleans): Ueber Autoinfection in der Otologie.

Was sollen wir darunter verstehen? Directe Autoinfection eines der vielfachen Organe, aus denen das Gehörorgan zusammengesetzt ist, oder Infection aus dem Blute durch Erkrankung von Nachbartheilen des Gehörorgans? Redner fasst sie zusammen in eine Gruppe; nach ihm bietet das Gehörorgan ein besonders günstiges Terrain für Autoinfection; das Terrain spielt hier eine hervorragende Rolle, gleichfalls Empfänglichkeit und Alter des erkrankten Individuums. Hier, wie bei chemischen Vergiftungen, erkrankt auf reflectorischem Wege fast immer das entgegengesetzte Ohr; dasselbe lässt sich nicht von der Tuberculose sagen. Bei den Infectionen durch Microorganismen sehen wir, dass alle Organe, selbst Milz, Schilddrüse, Thymusdrüse, Nierencapseln, Pancreas in Mitleidenschaft gezogen werden, ja selbst Menstrualblut; es kommt aber auch factisch vor, dass nur das Gehörorgan ergriffen ist, wenigstens die Erscheinungen der Infection an anderen Organen nicht sichtbar sind; diese Autoinfectionen des Gehörorgans sind oft ernster oder oberflächlicher Natur, oft schnell vorübergehend oder langdauernd, mit Eiterbildung, Blutung verbunden, die zum vollständigen Verlust des Gehörs führen durch Atrophie des Nerv. acustic. oder Zerstörung der Gehörapparate.

Daher müssen bei jeder Infection die Gehörorgane genau untersucht werden, der Infectionsherd muss, wenn möglich, gefunden werden, mit inneren und äusseren Mitteln behandelt werden, das Streben muss darauf gerichtet werden, einer Infection der Ohren vorzubeugen. Subjective Geräusche in den Ohren sind gewöhnlich das erste verdächtige und für den Kranken unangenehmste Symptom.

Ein 7jähriges Kind erlitt eine Verletzung am rechten Kniegelenk; es trat allgemeine Lymphangitis auf mit voluminöser Anschwellung der Leistendrüsen; Fieber mässig, äussere und innere antiseptische Behandlung, rechtzeitig angewandt; 4 Tage nach der Erkrankung traten subcutane Abscesse am linken Bein, linken Arm, hinter den Ohren und am Thorax auf, das Kind empfand Geräusche im Ohr. Die Untersuchung der Rachen- und Nasenhöhlen ergab nichts Abnormes, das Trommelfell erwies sich hyperämisch, das Ohr leicht schmerzhaft, der Kopf schwer; am linken Ohr dieselben Erscheinungen in leichterer Form. Diese Erscheinungen veranlassten mich, das Trommelfell zu

Digitized by Google

punctiren. In 8—10 Tagen waren alle Erscheinungen geschwunden, nachdem noch ein letzter Abscess an der hinteren, unteren Partie des Halses aufgetreten war. Behandlung: Nasen-Rachenirrigationen, Compressen mit antiseptischen Lösungen. Hier wurden schwere Complicationen der Gehörorgane wahrscheinlich durch die Abscesse in der Nachbarschaft derselben abgeleitet.

Es wird eine zweite Krankengeschichte von Autoinfection des ganzen Körpers angeführt, wo, nach dem Auftreten von Furunkeln hinter den Ohren, am Gesicht und Halse, eitrige langdauernde Ausflüsse sistirten. Diese beiden Beobachtungen sind für den Redner beweisend, dass das Ohr erst inficirt wurde, nachdem der ganze Organismus schon durch Autoinfection erkrankt war. Wenn auch die meisten Ohrenärzte der Ueberzeugung sind, dass die infectiösen Erkrankungen des mittleren Ohres nur durch die Tuba Eustachii von Rachen- und Nasenhöhlen herrühren, so ist Redner der Meinung, dass auch eine grosse Zahl dieser Erkrankungen direct aus dem Lymphstrom acquirirt wird; in solchen Fällen erkranken auch fast immer beide Ohren. Bei vorgeschrittenem Diabetes tritt nach leichten Verwundungen oft durch Autoinfection eitrige Otitis auf. Die oft seit 1892 beobachteten eitrigen Otiten sind desselben Ursprungs. Im zweiten und dritten Stadium der Syphilis beobachtet man oft Condylome im mittleren Gehörgang; dass Scharlach, Masern, Pocken häufig mit Ohrenerkrankungen complicirt sind, ist zu bekannt.

Neben dem Mittelohr werden auch häufig bei den eben beschriebenen Krankheiten die Nervenapparate des Gehörganges ergriffen. Bei Diphtheritis geht der Process ohne Zweifel von Rachen und Nase aus; bei anderen Krankheiten, nach Ueberzeugung des Redners, erkrankt das Ohr direct vom Blute, indem es an der gesammten Hyperämie des Gehirns Theil nimmt.

Complicationen von Ohrerkrankungen bei Leukämie sind von Politzer, Blau und Anderen beschrieben worden. Schlussfolgerung: Behandlung in diesen Fällen locale, antiseptische und Serotherapie.

Dr. M. Shirmunsky (St. Petersburg): Ueber Schwindelanfälle, welche im Verlaufe von gleichzeitigen Erkrankungen des Mittelohres und des Labyrinths entstehen, und deren Behandlung.

Schwindelanfälle resp. Ménière'sche Symptome, die im Verlaufe von Mittelohrerkrankungen auftreten, haben in den meisten Fällen, besonders bei chronischen Mittelohrcatarrhen, ihren Grund in gleichzeitiger Affection des Labyrinths, worauf die vollständige Vernichtung der Knochenleitung, die deutliche Herabsetzung der oberen Tongrenze und der positiv verkürzten Rinne hinweist.

Viel seltener, besonders bei Residuen von abgelaufenen Mittelohreiterungen, kann die functionelle Hörprüfung keine Labyrintherkrankung nachweisen, und dann sind wir gezwungen, die Schwindelanfälle auf reflectorischem Wege entstanden zu denken, die wahrscheinlich vom Mittelohre ausgelöst werden.

Was die Therapie betrifft, so betrachte ich Chinin als Specificum gegen die Schwindelanfälle; aber im Gegensatze zu der herrschenden Ansicht wende ich Chinin in mittleren Dosen an (nämlich 0,3 einmal täglich),

Digitized by Google

weil grosse Chinindosen bekanntlich eine Verschlimmerung des Gehörs bis zur vollständigen Taubheit durch Obliteration der Labyrinthgefässe verursachen können. Bei mittleren Dosen ist dies aber nie der Fall, im Gegentheil bemerkt man in vielen Fällen mit Aufhören der Schwindelanfälle eine Verbesserung des Gehörs.

Discussion:

Politzer erwähnt, dass Assistent Dr. Kaufmann in Wien eine Reihe von Versuchen bei Kaninchen vorgenommen, ohne nach grossen Dosen Chinin eine Veränderung am Labyrinth nachweisen zu können. Zur Behandlung der Schwindelanfälle hebt P. hervor, dass man in einer Reihe von Fällen durch Luftverdünnung im äusseren Gehörgange im Stande ist, diese Anfälle entweder zu coupiren oder wesentlich zu mildern, weshalb er da, wo diese Luftverdünnung sich wirksam erweist, den Kranken einen Gummischlauch in die Hand giebt, mit welchem sie sich selbst durch Aspiration mit dem Munde eine Luftverdünnung machen können.

Prof. Berthold macht auf die Schwierigkeiten der Diagnose der Labyrinthhyperämien aufmerksam; selbst sichtbare Hyperämie des Trommelfells beweise nicht die Existenz einer Labyrinthhyperämie. Grosse Dosen Chinin haben, wie nachgewiesen, Blutungen im Labyrinth hervorgerufen, daher nur kleinere oder mittlere Dosen zu versuchen sind.

Dr. Heimann: Der grösste Theil der Schwindelanfälle, der von einer catarrhalischen Affection des Mittelohres oder der Tuba Eustachii herrühren, schwindet nach einigen Luftdouchen vollständig, ohne dass man Chinin oder andere innere Mittel anzuwenden braucht.

Dr. Shirmunsky: Im Anfange ist es schwer zu unterscheiden, ob Hyperämie oder Ischämie vorliegt; in diesen Fällen muss man Chinin probiren.

Auf die Bemerkung Prof. Berthold's habe ich zu erwähnen, dass ich nur von Schwindel im Verlaufe von Mittelohrerkrankungen, also von Ménière'schen Symptomen, nicht von Ménière'scher Krankheit spreche.

Dr. Moure (Bordeaux): Chirurgische Behandlung der Otitis media sicca. (Traitement de l'otite moyenne sèche.)

Die chirurgische Behandlung der Otitis media catarrhalis sicca (Sclerose des Mittelohres) ist indicirt, nachdem jede andere Behandlung (Lufteinblasungen, directe und indirecte Massage etc.) erfolglos waren. Vorher soll aber die Myringotomia explorativa, ihres grossen prognostischen Werthes wegen, ausgeführt werden; nur bei Patienten, die in Folge dieser kleinen Operation eine Verbesserung empfinden, kann man mit grossem Vortheil eine mehr radicale chirurgische Behandlung unternehmen.

Diese Behandlung besteht in Abnahme des Trommelfells und der Gehörknöchelchen (den Stapes ausgenommen); die Operation wird am besten durch den äusseren Gehörgang ausgeführt werden. In einigen Fällen jedenfalls, wo die anatomische Structur der Partien die Abtragung des Ambos erschwert und der Stapes nicht leicht sichtbar ist, wird man den hinteren oberen Theil des Margo tympanicus abmeisseln, was leicht durch den Gehörgang ausführbar ist.

Digitized by Google

Die ganze Knochenkette wird während dieser Operation so erschüttert, dass der Stapes von selbst mobilisirt ist, ohne dass man irgendwie auf dieses letzte Knöchelchen zu agiren braucht.

Die retro-auriculare Operation scheint keine günstigere Erfolge zu geben als die durch den äusseren Gehörgang ausgeführte. Sie hat vielmehr den grossen Nachtheil, active Congestion und vestibulare Blutungen hervorzurufen, die äussere Infection zu begünstigen und so eine Eiterung der Hohlräume des Mittelohres hervorzubringen. Die nach dieser Methode ausgeführte Eröffnung der Mittelohrräume schliesst sich bald von selbst wieder, und es bilden sich cicatricielle Synechien im Innern des Mittelohres, die das Operationsfeld gänzlich dem Auge des Chirurgen maskiren.

Die chirurgische Behandlung bringt nicht in allen Fällen eine functionelle Verbesserung und ein Verschwinden der subjectiven Geräusche mit. Es kommt sogar vor, dass, während der Patient besser hört, die subjectiven Geräusche fortbestehen bleiben und umgekehrt.

Die bisherige Erfahrung ist noch nicht weit genug, um irgend welche Schlussfolgerung über die Dauer der Verbesserung zu ermöglichen. Es ist vielmehr möglich, dass in einigen Fällen dieselbe nur provisorisch sei.

Hat die Abnahme des Trommelfells und der Gehörknöchelchen kein empfindliches Resultat gegeben, so kann man dem Patienten ein artificielles Trommelfell (Wattetampon in eine 10proc. Lösung von Carbolglycerin eingetaucht) einführen, was in einigen Fällen sich ziemlich erfolgreich erwies. Dieses Trommelfell muss nicht ausnahmslos gegen den Stapes geführt werden; es genügt, wenn es gegen das runde Fenster gerichtet ist i. e. im hinteren unteren Theil der Paukenhöhle liegt. Da dieses Trommelfell eine reichliche seröse Exsudation hervorruft, muss das Ohr öfter untersucht werden, um Eiterung zu vermeiden.

Prof. V. Uckermann (Christiania): Untersuchung des Gehörs bei den Taubstummen; über therapeutische Bedeutung der Hörübungen bei Taubstummen und Tauben.

Prof. Uckermann hielt den referirenden Vortrag über das Examen der Hörfähigkeit bei Taubstummen und die Wichtigkeit von Tonübungen bei denselben. Er betonte gegenüber Bezold, dass wir in dem Rinneschen Versuche auch bei Taubstummen ein ausgezeichnetes Mittel haben, über den Zustand des Hörnerven Auskunft zu bekommen. Die Untersuchung ist wohl schwierig und fordert grosse Uebung von Seite des Untersuchers, ebenso wie eine gewisse Entwicklung der Intelligenz des Untersuchten (ein paar Jahre Schulgang wenigstens) und den Beistand eines Fachmannes (Lehrers). Dies vorausgesetzt, ist die Untersuchung nicht schwieriger als die Untersuchung per Licht allein und eine wichtige Ergänzung desselben. Es giebt sogar Fälle, die nur bei solcher combinirten Untersuchung sich völlig enthüllen lassen. Um Lacunen und Inseln des Hörfeldes kann man sich für gewöhnliche practische Zwecke mit einer Prüfung eines Tones jeder Octave (Appun'sche Reihe) begnügen. Was die Anwendung von Tönen anbelangt für Zwecke des Unterrichts und um die Hörfähigkeit zu steigern, so lassen sie sich mit Vortheil nur anwenden, wo eine solche schon für Vocale und Consonanten besteht (Worthören), aber müssen dann auch angewendet

Digitized by Google

werden, nicht um die Hörfähigkeit zu steigern (Kard, Urbantschitsch), denn das ist eine Illusion, aber um die centrale Fähigkeit zu üben, Töne zu differenziren. Diese Fähigkeit wird übrigens schon bei dem Schulgang gesteigert, bei Entwicklung der Intelligenz. Da es, bevor ein Kind etwas gelernt hat von der Sprache und Articulation, unmöglich sein kann, sich etwas bestimmter über die Hörfähigkeit auszusprechen, ist es natürlich überhaupt von Wichtigkeit, dass die Lehrer bei dem Unterricht laut sprechen, was wohl auch überall gemacht wird.

Dr. Herrmann Knapp (New-York): Demonstration von Präparaten.

1) Referent demonstrirt ein Präparat, in dem der Sinus sigmoideus ganz nach vorn verschoben, dicht hinter der Spina supr. ment.; nur 1 mm hinter der äusseren Knochenfläche verkümmerter Proc. mastoid. und merkwürdige Verbildungen im ganzen Felsenbein;

2) Ausguss eines Sinus sigmoideus des Bulbus und der V. jugul. mit totaler Umbiegung des Sinus vor dem Bulbus (von Dr. Randoll);

3) ein Knochenpräparat mit ausgedehnter Knochencaries im Proc. mastoid. und der lateralen Hälfte der Pars petros.

Dr. Herrmann Knapp (New-York): Obturirende Exostose nach Ablösung der Muschel und der hinteren Gehörgangshaut, aus dem gesunden Knochen ausgemeisselt. Heilung per primam intentionem.

Nach Scharlach war bei einem Mann chronische Otorrhoe, hochgradige Taubheit auf beiden Ohren, in letzter Zeit Schmerzen in einem Ohre, Kopfweh, Ueblichkeit und Erbrechen aufgetreten. Mit der Sonde konnte man über eine Exostose nicht in die Tiefe dringen. Referent löste die Haut an der Basis der Exostose und meisselte in die hintere Knochenwand hinein, vor und hinter der Exostose in die Tiefe; nach und nach wurde die Geschwulst beweglich, so dass er sie aus dem Gehörgang herausziehen konnte. Hinter derselben war übelriechender, eingedickter Eiter; nach der Reinigung erwies sich ausgedehnte Mittelohrcaries. Patient wurde sofort von seinem Ohren-Kopfleiden befreit. Referent meint, dass Exostosen des Gehörganges wie andere Geschwülste aus der gesunden Umgebung auszulösen seien. Diesen Fall beobachtete Referent vor 12 Jahren; letzten Frühling sah er Patienten wieder, kein Recidiv, vollständig gesund. Den Rathschlag zur Enucleation der Exostosen hat Chassaignac gegeben, der sie zuerst ausführte. Ref. hat nach dieser Methode 1870 Exostosen aus dem Sinus frontalis entfernt. (Demonstration eines Präparates vom Jahre 1897.) Eine zweite Krankengeschichte, deren Operation und Verlauf der ersten sehr ähnlich.

Dr. Okuneff: Experimente über die Entfernung der Vestibularsäckchen des Labyrinths.

Ref. experimentirte an Thieren (Hunden), indem er mit einem Löffelchen in's Labyrinth eindrang und die Säckchen auslöffelte. Er beobachtete Abweichungen verschiedenster Art in den Bewegungen, ist aber zu keinem positiven Resultate gelangt, meint, auf Grund seiner Untersuchung, dass man diese Operation bei Ohrerkrankungen ohne Gefahr versuchen könne.

Digitized by Google

Prof. A. Politzer (Wien): Beitrag zur normalen und pathologischen Anatomie des Gehörorganes mit Demonstrationen von Präparaten.

Referent trug in sehr lehrreicher und anschaulicher Weise die verschiedenen Adhäsionen der Gehörknöchelchen mit den Nachbarpartien vor. Dabei bekräftigte er seine Schlüsse durch sehr gelungene Zeichnungen und schöne Serienschnitte.

Dr. J. Kalčić (Budapest): Transportables Handtelephon zur Entlarvung einseitiger Taubheit. (Siehe die umstehende Abbildung.)

Das Telephon ist in einer kleinen, würfelförmigen, hölzernen Cassette angebracht und besteht aus:

1) einer electrischen Batterie *BL*, bestehend aus zwei Leclanché-schen Elementen, welche übrigens auch durch andere Elemente, z. B. Meidingerische ersetzt werden können;

2) einer Doppel-Inductionsspule, *Insp*;

3) zwei Stück Microphonen *MK* nach dem System Berliner;

4) vier Hörmuscheln *Hm 1, Hm 2, Hm 3, Hm 4.*

Diese Bestandtheile sind durch beliebig lange Drähte oder Drahtschnüre miteinander verbunden.

In diesem Telephon sind die beiden Microphone mit 3 m langen Drahtschnüren mit der Batterie verbunden, und zwar deshalb so lang, damit sich beim Sprechen in die Microphontrichter die beiden Sprecher gegenseitig nicht stören, und deshalb, damit die Sprecher die Microphone eventuell gegenseitig rasch tauschen können, und schliesslich, damit sie vis-à-vis sitzen können und sie sich beim tactmässigen Sprechen gegenseitig sehen können. Die vier Hörmuscheln sind mit einer 22 m langen, vierdrähtigen Leitungsschnur *Lt* mit der äusseren Inductionsspule verbunden, so dass der Untersuchte nach Belieben weit von den Prüfern, also im dritten, vierten oder auch im fünften Zimmer untersucht, bezw. geprüft werden kann.

Der ganze Apparat hat ein Gewicht von 7 kg.

Am vordersten Rande der inneren Grundplatte des Apparates sind drei nebeneinander angeschraubte Schieber oder Hebel aus Messing, *RHB*, welche nach links zu unter je einen Schraubenkopf eingeschoben sind und vom letzteren festgehalten werden.

Der Apparat ist auf diese Art ausgeschaltet und ausser Thätigkeit gesetzt.

In diesen Zustand muss der Apparat nach jedesmaligem Gebrauche gebracht werden, widrigenfalls die Batterie-Elemente bald verderben und eine frische Füllung nothwendig machen.

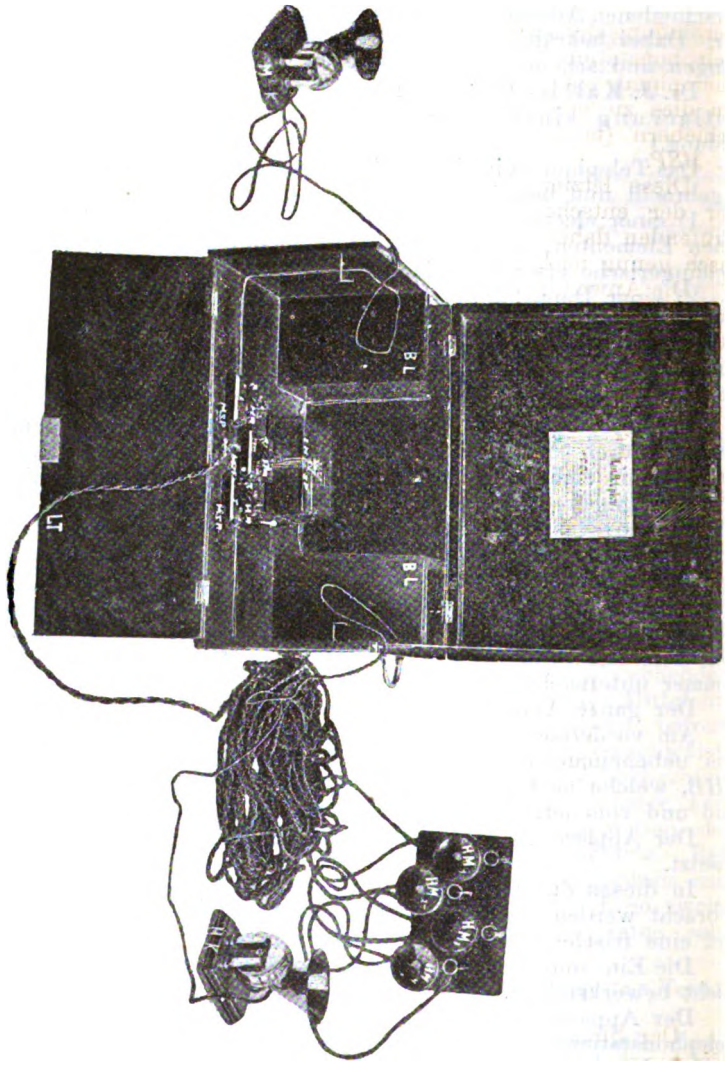
Die Ein- und Ausschaltung mit den Schiebern wird ausserordentlich leicht bewerkstelligt.

Der Apparat besitzt zwei Microphone, somit zwei ganz separirte Telephonstationen, von welchen die rechte für die Ansprache in die zwei rechten Hörmuscheln, die linke zum Sprechen in die linken zwei Hörmuscheln dient.

Von den zwei rechten Hörmuscheln wird die eine an das rechte Ohr des Geprüften applicirt, die andere benutzt der controlirende Assistent, Zeuge, Gerichtsperson oder Krankenpfleger.

Digitized by Google

Von den zwei linken Hörmuscheln wird die eine an das linke Ohr des Geprüften applicirt, und die andere benutzt ein zweiter Assistent oder Zeuge, welcher das linke Ohr zu controliren hat.



Transportables Handtelephon
zur Entlarvung der Simulation einseitiger Taubheit, construirt von Karl Hild de Galantha nach den Angaben des k. u. k. Stabsarztes Dr. Kalčić des Garnisons-Spitales No. 16 in Budapest.

Vor dem Gebrauche des Apparates, resp. vor dem Sprechen in den rechten Microphontrichter, wird die Stromverbindung durch Verschieben des rechten Schiebers (r. Sch.) vom Schraubenkopfe nach rechts zu, zur kleinen Messingplatte r. *MSP* hergestellt (eingeschaltet).

Digitized by Google

Vor dem Gebrauche des linken Microphons ist die Stromverbindung durch Verschiebung des linken Schiebers von seinem Schraubenkopfe nach rechts — zu seiner Messingplatte l. *MSP* herzustellen (einzuschalten).

Ausserdem besitzt der Apparat eine Vorrichtung, mit welcher die Verbindung derart hergestellt werden kann, dass man von einer einzigen Telephonstation (also nach Belieben vom rechten oder vom linken Microphontrichter) in alle vier Hörmuscheln auf einmal sprechen kann; um dies zu erreichen, schaltet man auch den mittleren von den drei Schiebern (m. Schr.) ein, nach rechts zu, zu seiner Messingplatte m. *MSP.*

Diese letztere Vorrichtung ist insofern von Wichtigkeit, weil es vor der entscheidenden Prüfung sehr oft nöthig erscheint, den zu Prüfenden dahin einzuüben, dass er das in das Telephon Gesprochene rasch genug nachspreche oder wiederhole.

Die Anwendung des Telephons basirt theils auf der Unmöglichkeit, zwei verschiedene gleichzeitig erhaltene Gehöreindrücke von einander zu trennen, theils auf der Unmöglichkeit, die Richtung erhaltener Schallempfindungen oder die Schallquelle rasch genug zu bestimmen; dies Alles wegen Mangel an Ueberlegungszeit, welche Zeit man eben dem Simulanten nicht gestatten darf.

Dem Simulanten wird durch den rechten Microphontrichter in das rechte und gleichzeitig durch den linken Microphontrichter in das linke Ohr hineingesprochen.

Zu diesem Zwecke sind entschieden am passendsten nur lauter dreisilbige Wörter, in welchen die zwei ersten Silben gleichlautend und nur die dritte oder letzte Silbe verschieden ist, z. B. in das rechte Ohr wird Wochen-schrift und gleichzeitig in das linke Wochen-blatt gesprochen, oder:

Fischer-netz	Fischer-kahn,
Bretter-wand	Bretter-tisch,
Hoffnungs-los	Hoffnungs-voll,
Wochen-tag	Wochen-zeit,
Zwanzig-drei	Zwanzig-acht,
Hundert-zwei	Hundert-acht,
Achtzig-acht	Achtzig-zwei,
Dreissig-vier	Dreissig-sechs etc. etc.
Spitals-arzt	Spitals-brod,
Mittags-zeit	Mittags-stund,
Ohren-schmalz	Ohren-arzt,
Helden-thum	Helden-reich,
Fieber-tag	Fieber-hitz,
Tages-held	Tages-licht.

Der Simulant mag sich, so lange es ihm beliebt, einüben, dem Untersuchungsvorgange zu widerstehen, es wird ihm trotzdem doch ganz unmöglich, das angeblich taube (in Wirklichkeit aber gesunde) Ohr ganz auszuschalten und nur mit dem einen Ohr zu hören und nur das mit diesem Gehörte nachzusprechen, sondern wird bald dasjenige nachsprechen, was er mit dem einen, bald dasjenige, was er mit dem

Digitized by Google

anderen Ohre gehört hat, und auf diese Art vor Zeugen selber einen positiven Beweis liefern, dass er auch mit dem angeblich tauben Ohre hört.

Jemand, der auf dem einen Ohre wirklich taub ist, spricht nur das in das gesunde Ohr Hineingesprochene ungestört, fliessend und ohne Mühe nach, weil er das in das taube Ohr Hineingesprochene nicht hört, es ihn daher auch nicht stören kann.

Die beiden Sprecher oder die Prüfer bei den beiden Microphontrichtern sollen:

1) möglichst ähnliche, gleich starke und deutliche Stimme haben;

2) sie müssen eingeübt sein, deutlich, gleichmässig und gleichzeitig im Tact zu sprechen;

3) sie müssen den Text rasch und fliessend lesen können und auch wirklich, den Text so rasch als möglich, in die Microphontrichter hineinsprechen, doch nicht so rasch, dass ihn der Geprüfte nicht nachsprechen kann;

4) sie müssen die Fertigkeit besitzen, die Microphone mit oder ohne Text so rasch als möglich gegenseitig tauschen zu können, weil sich der Geprüfte oft den Stimmenklang des in das angeblich gesunde Ohr Sprechenden merkt, daran gewöhnt und so um so leichter in den Stand kommt, den zweiten Sprecher mit dem angeblich tauben Ohre auszuschalten, resp. zu überhören.

Besteht wirklich einseitige Schwerhörigkeit des Geprüften, so muss derjenige Sprecher, welcher in das schwerhörige Ohr spricht, entsprechend lauter sprechen als der andere.

Mit dem Apparate kann die Entlarvung der Simulation bei einem und demselben Individuum nicht etwa ein einziges Mal, sondern nach Belieben oft und wiederholt erzielt werden, weil der Untersuchungsvorgang auf keiner Ueberlistung ruht und von jeder Zufälligkeit unabhängig ist; die Entlarvung des Simulanten muss auch dann gelingen, wenn der Simulant mit dem Apparat und mit dem Untersuchungsvorgang ganz vertraut ist.

Das Patentrecht wurde dem Constructeur überlassen.

Preis des completen Apparates 80 Gulden. Bestellung beim Herrn K. Hild, Budapest, Eszterházy Gasse 20.

Prof. A. Politzer (Wien): Ueber den gegenwärtigen Zustand unserer Kenntnisse über die Luftverdünnung im äusseren Gehörgang und über die Massage der Gehörknöchelchen.

Erst wird die Geschichte der Frage kurz geschildert. Darauf theilt der Referent seine Erfahrungen über Delstanche's Rarefacteur mit, den er ebenfalls auch zur Sicherstellung einer Diagnose und Prognose benutzt: Zunahme des Gehörs nach Luftverdünnung im äusseren Gehörgang weist darauf hin, dass der Fall noch nicht ganz hoffnungslos ist. Der Massage nach Delstanche folgt meistens Catheterisation, wobei man eventuell auch Pilocarpin per tubam einspritzen oder Dämpfe einblasen kann. In vielen Fällen erzielt man ein glänzendes Resultat auf die Dauer.

Digitized by Google

Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Fünfte Jahresversammlung, 23. Mai 1897 in Amsterdam.

In den Vorstand wurden wiedergewählt die Herren Guye, Vorsitzender, Moll, Schatzmeister, und Burger, Schriftführer-Bibliothekar.

Der Vorsitzende dankt den Herren, welche zur Gründung einer Bibliothek beigetragen haben, und bittet alle Collegen, ihre Arbeiten, Sonderabdrücke oder sonstige Werke an den Bibliothekar, Weteringschans 72, Amsterdam, einsenden zu wollen.

Tagesordnung.

I. H. Braat (Arnheim): Demonstration eines Patienten mit seltenen Motilitätsstörungen im Kehlkopf.

Pat., 57 Jahre alt, kam am 23. October 1896 in Behandlung. Fünf Wochen zuvor habe der Pat. bei einem Wortwechsel einen Messerstich erhalten auf der Mitte des linken Sterno-cleïdo, nicht ganz einen Zoll tief, und einen zweiten Stich zwischen 6. und 7. Rippe. Die Halswunde habe nur wenig geblutet und sei von einem Arzt mittelst Naht verschlossen worden. Unmittelbar nach dem Insult habe Pat. die Stimme, welche sonst kräftig war, verloren. Pat. war aphonisch. Auf der linken Seite des Halses befand sich eine Narbe. Laryngoscopisch war B. überrascht, ein zwar excavirtes, aber normal bewegliches linkes Stimmband, dagegen ein in Cadaverstellung fixirtes, gleichfalls excavirtes, rechtes Stimmband zu finden. Während einer Beobachtungszeit von drei Wochen blieb der Zustand am rechten Stimmband unverändert. Das linke Stimmband zeigte bald normale Beweglichkeit, bald fand sich auf der Seite eine typische Lateralislähmung vor. Als B. den Pat. vor sechs Wochen wiedersah, hatte sich die Stimme bedeutend gebessert, und hatte sich das rechte Stimmband der Medianlinie genähert. Vor einigen Tagen constatirte B. eine rechtsseitige vollständige Posticuslähmung mit Medianstellung des Stimmbandes. Die Deutung des Falles ist schwer, weil die Wunde gar nicht tief genug gewesen, um eine Läsion des Recurrens annehmbar zu machen. B. glaubt die Erscheinungen als eine traumatische Neurose auffassen zu müssen.

Herr Posthumus Meyjes erwähnt die Möglichkeit, dass eine rechtsseitige Recurrenslähmung schon früher bestanden und die Aphonie die Folge von functioneller Lähmung der Adductoren sei.

Herr Burger meint, dagegen plädire die frühere Reinheit der Stimme, sowie der Uebergang des Stimmbandes von der Cadaver- in die Medianstellung, wie es bei der Heilung einer Recurrenslähmung die Regel sei.

Herr Pel betont, dass andere Zeichen von traumatischer Neurose nicht vorhanden seien. Vielleicht wäre der Fall so zu deuten, dass das Trauma eine tiefe Blutung in der rechten Halshälfte verursacht habe, in deren Folge die Recurrenslähmung aufgetreten sei.

Herr Burger constatirt, dass augenblicklich eine rechtsseitige Posticus- und eine linksseitige typische Lateralislähmung bestehe.

Digitized by Google

II. H. J. Reintjes (Nymegen): Demonstration einer Patientin mit Larynx-Stenose nach Typhus.

Bei der 20jährigen Pat. entstand nach der Heilung eines Bauchtyphus eine zunehmende Larynx-Stenose. Es wurde die Tracheotomie gemacht. Zehn Tage später wurde die Canüle fortgelassen. Es fand sich nun Ankylose der linken Giesskanne und Tiefstand des betreffenden Stimmbandes. Normale Beweglichkeit des rechten Stimmbandes. Bedeutende hypoglottische Schwellung rechts. Es traten nun in den nächsten Monaten wiederholte Anfälle von Athemnoth auf, welche, wie R. zu beobachten im Stande war, in acuter Zunahme der hypoglottischen Schwellung ihren Grund hatten. Auch existirt ein gewisser Grad von permanenter Stenose mit Stridor. Die Fixation des linken Aryknorpels sei zweifelsohne die Folge von überstandener Perichondritis typhosa. Was wäre gegen die wechselnde Schwellung unterhalb des rechten Stimmbandes vorzunehmen?

Herr Burger meint, man könne, wie bei der analogen Erkrankung an den unteren Nasenmuscheln, die Galvanocaustik versuchen.

Herr Schutter schlägt die Intubation vor.

Herr Pel betrachtet die Affection als ein angio-neurotisches Oedem, und empfiehlt den inneren Gebrauch von Reflex herabsetzenden Mitteln, wie Antipyrin.

III. P. K. Pel (Amsterdam): Ueber Betheiligung des Kehlkopfes bei Leiden des Central-Nervenapparates (mit Krankendemonstrationen).

Nach einer ausführlichen Darlegung des gegenwärtigen Standpunktes der Lehre von der centralen Innervation des Kehlkopfes, namentlich in Bezug auf die Pathologie, demonstrirt P. drei Patientinnen mit hysterischer Aphonie, welche zu gleicher Zeit andere interessante hysterische Symptome aufweisen. Die erste Patientin hat eine Contractur des linken N. facialis mit clonischen Zuckungen. Die zweite eine hysterische Ptosis, auf der rechten Seite mit einer Contractur der Antagonisten (Mm. frontalis und Corr. supercilii), mit den Symptomen der Basedow'schen Krankheit complicirt. Die dritte Patientin leidet an hysterischer Lichtscheu mit starkem secundären Augenlidkrampf.

Die vierte Patientin, 30 Jahre alt, welche P. demonstrirt, leidet an chronischer progressiver Bulbär-Lähmung (Duchenne'sche Krankheit), bei der das Palatum, die Rachen-Musculatur und beide NN. recurrentes (die linke unvollständig) gelähmt sind. Die Lippen und die Zunge sind atrophisch. Beide Faciales sind gelähmt, auch die Augenäste; daher eine ganz eigenthümliche Physiognomie. Jetzt fängt auch eine typische Atrophie der Hände sich zu entwickeln an, welche mit erhöhten Sehnenreflexen einhergeht, was auf Descension auf die Vorderhörner und Seitenstränge schliessen lässt.

Die fünfte Patientin, 39 Jahre alt, hat eine secundäre oder adscendirende Bulbärparalyse, denn es waren Zeichen von amyotrophischer Lateralsclerose vorangegangen. Als Zeichen von Bulbärleiden hat diese Patientin Atrophie der Zunge, Phonations- und Deglutitions-Störungen, Speichelfluss u. s. w. Die Faciales sind gelähmt, mit Ausnahme der Augenäste.

P. hat diese verschiedenen Patienten hier vorgeführt, um die engen

Digitized by Google

Beziehungen zwischen dem Kehlkopf und dem Central-Nervenapparat, resp. dem Laryngologen und dem Neuropathologen zu illustriren.

Schliesslich demonstrirt er die vor drei Jahren in dieser Gesellschaft[3]) vorgestellte Patientin mit linksseitiger Posticuslähmung, welche er damals als eine hysterische betrachtete. Die Paralyse ist unverändert geblieben, ebenso die Hysterie; andere Symptome haben sich nicht gezeigt, so dass P. jetzt um so mehr geneigt ist, die Hysterie als Ursache der Kehlkopflähmung anzusehen.

Herr Burger ist ausser Stande, im Unverändertsein der Paralyse einen Beweis für deren hysterische Natur zu finden. Wie vor drei Jahren betrachtet er die hysterische Posticuslähmung als etwas Unwahrscheinliches. Der Posticus sei ein schwacher Muskel: wo er zugleich mit anderen Hirnnerven gelähmt wird, sehe man so oft nach der Heilung nur die Posticuslähmung fortbestehen. Sehr oft begegnet man Recurrens- und Posticuslähmungen unbekannter Ursache. Der Zusammenhang der Paralyse mit der zu gleicher Zeit bestehenden Hysterie sei unbewiesen.

Herr Pel entgegnet, dass die lange Dauer eine Anzahl organischer Ursachen von Lähmung ausschliessen lässt. Dadurch werde die hysterische Genese der Paralyse immer wahrscheinlicher.

IV. A. A. G. Guye (Amsterdam): A. Demonstration eines Falles von seit sieben Jahren geheilter Mastoiderkrankung.

Der Patient ist vor vier Jahren in dieser Gesellschaft vorgestellt worden.[4]) Er ist durchaus geheilt geblieben. Das Antrum hat zwei persistente Oeffnungen, eine nach dem Meatus, eine nach Aussen. In der Zeitschrift für Ohrenheilkunde (1896, S. 265) beschreibt Redmer einen Rostocker Schädel, wo in Folge von spontaner Heilung eines Cholesteatoms zwei Oeffnungen am Antrum zurückgeblieben sind, eine grössere nach dem Gehörgang und eine erbsengrosse nach Aussen. Der Fall hat also grosse Aehnlichkeit mit dem von G. Der Redner betrachtet das Offenbleiben solcher Fisteln als sehr empfehlenswerth, wie er auch das Permeabelbleiben der Tube für einen Vortheil hält, der eine gute Ventilation der Mittelohrräume gewährt.

Herr Moll vermag den Nutzen der kleinen Oeffnung über dem Ohre nicht einzusehen. Seiner Ansicht nach ist die breite Eröffnung sämmtlicher Mittelohrräume sehr empfehlenswerth.

Herr Posthumus Meyjes schliesst sich dem Vorredner an und lobt besonders die von ihm in einigen Fällen nach der Radicaloperation gemachte primäre Verschliessung der retro-auriculären Oeffnung.

B. Demonstration eines operirten Falles von Siebbeinentzündung.

Bei dem 24jährigen Patienten, welcher seit Jahren an fötider Naseneiterung litt, ist vor sechs Monaten eine Fistel im inneren Augenwinkel entstanden. Er wurde nach Gruenwald operirt, das erkrankte Siebbein so weit als nöthig mit dem scharfen Löffel entfernt und mit Jodoformgaze tamponirt. Nach zehn Tagen wurden die Tampons fortgelassen und jetzt noch täglich Jodoformglycerin injicirt. G. hofft in

[3]) Vergl. diese Monatsschr. 1895, S. 49.
[4]) Vergl. diese Monatsschr. 1893, S. 298.

Digitized by Google

wenigen Tagen die Wunde sich schliessen lassen und den Patienten geheilt entlassen zu können.

Im Anschluss demonstrirt G. eine mit der kalten Schlinge bei einem an Verstopfung, Aprosexie und vasomotorischen Reflexen leidenden Patienten abgetragene Bulla ethmoidalis.

V. G. D. Cohen Tervaert (Haag): Demonstration eines Patienten mit intra-laryngealer Luftcyste.

Der 62jährige Patient soll seit 17 Jahren heiser und seit einiger Zeit allmählich dyspnoisch geworden sein. Der Aditus laryngis war von einer grossen Blase, welche von der linken Seite ausging, fast vollständig ausgefüllt. Die linke Larynxhälfte war unbeweglich. Bereits früher soll von einem Collegen eine „linksseitige Stimmbandlähmung" diagnosticirt worden sein. Durch eine kräftige Inspirationsbewegung bei geschlossener Glottis und durch schnelles Herunterschlucken von Wasser kann die Blase vollständig zum Schwinden gebracht werden. Es zeigt sich dann die linke Larynxseite sehr verdickt. In Folge dessen ist das linke Stimmband unsichtbar. Unmittelbar nach der Phonation entsteht die Blase, und T. hat deutlich beobachten können, dass sich dieselbe aus der Mitte der oberen Fläche des geschwollenen Ventrikelbandes heraus entfaltet. Auch aus dem rechten Ventrikelbande entfaltet sich eine Blase, welche aber bald von der grösseren linken verdeckt wird.

Die Blase könne keine andere als der vergrösserte Ventrikel oder dessen Appendix sein, welcher bei der Phonation aufgeblasen wird und durch einen Spalt in der Schleimhaut zu Tage tritt. T. meint, die Fixation und Verbreiterung des Ventrikelbandes habe zuerst bestanden. Weil dann bei der Phonation die Ränder der Ventrikelbänder Stimmlippen gebildet haben, so habe die Exspirationsluft den Ventrikel aufgeblasen. Die Hernia-Bildung müsse auf zunehmende Verdünnung und Spaltung der Schleimhaut zurückgeführt werden. Ein ganz analoger Fall ist in der Literatur nicht zu finden. T. erinnert an die Fälle von Ledderhose (Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1885) und Muschold (Berl. lar. Ges., 7. Dec. 1894). T. meint, in seinem Falle wäre die Affection am besten als eine „Hernia Sinus Morgagni" zu bezeichnen. Er beabsichtigt, die Blase mit der Schlinge abzutragen.

Herr Krol schlägt den Namen „Pneumatokele" vor, welcher die Verhältnisse besser bezeichne.

Herr Huysman fragt, ob kein Entzündungsprocess vorangegangen ist, ob kein Zeichen von Tuberculose oder sonstigen Erkrankungen, die zur Fistelbildung Veranlassung geben können, vorhanden ist.

Herr Cohen Tervaert entgegnet, es sei keine Spur von Entzündung vorhanden, keine Sputa. Von früheren Erkrankungen sei nichts bekannt.

VI. H. Burger (Amsterdam): A. Demonstration eines Patienten mit geheilter Ozäna.

B. Demonstration einer Patientin mit geheiltor Larynx-Tuberculose.

A. Die Heilbarkeit dieser beiden Erkrankungen sei jetzt wohl allgemein anerkannt. Allein die Heilungen seien immerhin noch selten und die Demonstration casuistischer Beispiele dadurch motivirt, dass

Digitized by Google

der erhaltene vollständige Erfolg in vorkommenden Fällen eine Anregung zur Geduld und Ausdauer sein dürfte.

Der erste Patient, 14 Jahre, kam vor $2^1/_2$ Jahren in Behandlung wegen klassischer Ozäna. Er war schon lange specialistischerseits behandelt worden. Täglich wurde zwei Mal die Nase durchgespült. B. verordnete längere Durchspülungen und Einblasungen von feinem Borsäurepulver. Als hiermit in zwei Monaten kein Erfolg erreicht war, hat B. die Nase täglich, später jeden 2., 3., 4. Tag gereinigt und die ganze Schleimhaut der Nase mit Menthol-Oel kräftig massirt (keine Vibrationen!) und zu Hause mit den Douchen und dem Borpulver fortfahren lassen. Nach drei Monaten hatte die Secretion bedeutend nachgelassen; die Borkenbildung hatte beinahe aufgehört; kein Fötor. B. hat dann Nasen-Dampfinhalationen nach Kuttner verordnet. Nach weiteren sechs Wochen wurden keine Borken mehr wahrgenommen, auch wenn in drei Tagen die Nase nicht behandelt worden. Pat. spült mit Intermissionen von mehreren Tagen noch immer die Nase durch; ist sonst seit 11 Monaten nicht mehr behandelt worden. Borken haben sich nicht wieder gezeigt. Jetzt ist in acht Tagen keine Durchspülung gemacht worden. B. verfügt über noch einige Fälle von wohl controlirter, vollständiger Heilung von Ozäna; bei einer Patientin sind bereits seit vielen Monaten keine Durchspülungen mehr gemacht worden.

B. Die andere Patientin ist ein Dienstmädchen, hereditär belastet, welche Juni 1894 Hämoptoe hatte und seit Januar 1895 an Heiserkeit, Husten, Kopfschmerzen, Nachtschweiss und Fieber litt. Mit diesen Klagen wurde sie auf die Abtheilung des Dr. Stumpft, Binnengasthuis, aufgenommen. Der Status vom 20. April 1895 erwähnt: Scrophuloderma auf der linken Wange, geringe Dämpfung über der rechten Lungenspitze mit verschärftem Exspirium und Ronchis, und im Kehlkopf: Röthung und Schwellung des rechten Ventrikelbandes, oberflächlich ulcerirend; hügelartige Schwellung unter dem rechten Stimmbande. Das rechte Stimmband ist in diesen Schwellungen nicht erkennbar. Mässige hügelige Verdickung der hinteren Larynxwand. Im Sputum Tuberkelbacillen (Dr. Spruyt Landskroon).

27. April. Abtragung des Randes des Ventrikelbandes und eines Theiles der weichen, leicht blutenden hypoglottischen Tumoren. Tägliche Bepinselung mit unverdünnter Milchsäure.

18. Mai. Die hypoglottischen Tumoren mit der Doppelcürette bis auf einen kleinen Rest abgetragen. Milchsäure.

6. Juni. Die Schwellungen des Taschenbandes bedeutend abgenommen; das Stimmband gut sichtbar; der hintere Theil des Taschenbandes noch oberflächlich ulcerirend; die Schwellung unter dem Stimmband verschwunden. — Seitdem sind die hypoglottischen Granulationen noch einige Male nachgewachsen und noch 3 Mal (Juli, August, November) mit der Curette entfernt. Pat. ist 1. December 1895 entlassen. Es war weder Ulceration noch Schwellung mehr sichtbar; eine geringe Röthung an der linken Larynxhälfte war die einzige Abweichung. Unter ambulatorischer Behandlung war dieselbe Februar 1896 vollständig geschwunden. Seitdem kein Recidiv. Die hypoglottischen Tumoren wurden microscopisch (im Laboratorium des Prof. Kuhn) als Granulationsgewebe bezeichnet. Pat. ist also seit 15 Monaten voll-

Digitized by Google

ständig symptomlos, und erfreut sich einer normalen Stimme und einer ungestörten Euphorie.

Herr Cohen Tervaert berichtet über einen Fall von Larynxtuberculose, welcher nach wiederholter Abtragung von Fragmenten aus der infiltrirten und ulcerösen hintern Wand und weiterer Milchsäurebehandlung bereits seit zwei Jahren dauernd geheilt ist.

VII. F. J. Michelsen (Amsterdam): A. Ueber das Experiment von Politzer.

Außer den bekannten Ursachen, durch welche das Experiment misslingt, macht M. darauf aufmerksam, dass sehr oft die Patienten zu wenig kräftig schlucken. Sie thun dies instinctiv, um dem starken Luftdruck zu entgehen. Das erste Mal gelingt das Experiment gewöhnlich am besten, weil die Patienten es noch nicht kennen.

Eine andere häufige Beobachtung ist, dass auf der Seite, wo man die Canüle in die Nase einlegt, die Luft am kräftigsten in die Pauke dringt. In Anbetracht der grossen Luftmasse, die man hineinbläst und der Schnelligkeit, mit welcher der Luftdruck sich fortpflanzt, ist diese Beobachtung bemerkenswerth.

Bekannt ist, dass bei bestehender Perforation auf einem Trommelfell das Politzer'sche Experiment auf dem anderen Ohre nicht gelingt, wenn man das perforirte Ohr nicht mit dem Finger verschliesst. M. hat aufgemerkt, dass auch ohne Perforation das Experiment besser gelingt, wenn Pat. das Ohr zuhält, vielleicht weil dadurch die Aufmerksamkeit vom Schlucken abgeleitet wird.

Schliesslich empfiehlt M. die Luft behufs Filtration durch ein Tuch in den Ballon eintreten zu lassen.

B. Ein Fall von Enuresis nocturna.

Der 7jährige Pat., welcher früher keine Beschwerden hatte, litt, im Anschluss an einen Schnupfen, welcher einen subacuten Verlauf hatte und noch nicht ganz geheilt war, an unruhigem Schlaf, Schnarchen und nächtlicher Enuresis. M. erwähnt den Fall, weil hier der Zusammenhang der Enuresis mit dem Nasenleiden sich aufdrängt, während jeder Nasenarzt über Fälle verfügt, welche den Glauben an einen solchen Zusammenhang zu erschüttern im Stande seien.

An der Discussion betheiligen sich die Herren Posthumus Meyjes, Guye, van der Heide, Pel, Brondgeest, Burger und der Vortragende.

VIII. H. Zwaardemaker (Utrecht): A. Demonstration von Riechmessern auf Fuss.

Z. demonstrirt ein neues Modell Riechmesser. Die Scala lässt sich bei diesem Instrument genauer als bei der früheren Form einstellen. Um den porösen Cylinder herum befindet sich ein permanenter Flüssigkeitsmantel, welcher aus einer Lösung von Allylbisulfid in Paraffinum liq. gebildet ist. Die Wahl dieses Riechstoffes geschah auch in Anbetracht der von Z. und Reuter gefundenen Thatsache, dass Hysterische diesen Geruch oft schlechter wahrnehmen, eine höhere Reizschwelle für denselben besitzen als für andere Qualitäten von Geruchsempfindung.

B. Eine neue Methode zur Untersuchung des Geschmacksinnes und deren Bedeutung für die Specialität.

Für neurologische Untersuchung benutzt Z. kleine in Form von

Digitized by Google

Schieberfedern gefasste Stäbchen, welche aus schmeckenden Substanzen (Klippsalz, Weinsteinkrystall, Candelzucker, Gentianextract) gemacht sind. Mit Hilfe der bekannten Täfelchen, auf welche man anzeigen lässt, untersucht man nun localisirend die Existenz von Geschmacksinn auf den verschiedenen Stellen der Zunge. Für die Untersuchung in unserer Specialität muss eine Bestimmung ohne Localisation sich dieser Orientirung anschliessen. Dies wird erreicht, wenn man aus Hollundermark geschnittene Keile mit chemischen Lösungen tränkt. Herr Militär-Apotheker van der Pluym hat diese Methode weiter ausgearbeitet und für jeden Keil eine zweckmässige Lösung dargestellt. Kochsalz 1 : 10, Weinsteinsäure 1 : 10, Saccharin 1 : 1000, Chininsulphat 1 : 1000 erwiesen sich vorläufig als passende Concentrationen. Mit Hilfe der Luftpumpe werden die Hollundermarkstäbchen Tage lang durchtränkt, dann in Keilform geschnitten und mit einem geschmacklosen Keil zu einem Parallelopipidum vereinigt. Von diesen Parallelopipidis schneidet man mittelst eines Messerchens kleine Scheibchen, welche man dem Patienten in den Mund giebt. Die Stelle des Keiles, wo zuerst eine Geschmacksempfindung zu Stande kommt, bestimmt das Maass der Geschmackschärfe. Für das Studium der Mundcatarrhe, Austrocknungserscheinungen, Epithelveränderungen, sei die beschriebene Methode nicht ohne Bedeutung.

IX. W. Schutter (Groningen): Ein Fall von Empyem der Stirnhöhle, nach Kuhnt operirt.

Der Patient, 59 Jahre alt, litt seit Jahren an den Symptomen der Ozaena und an chronischen Mittelohrcatarrhen. Kopfschmerzen und Schwindel belästigten ihn, besonders in der letzten Zeit, ganz bedeutend. Die Behandlung bestand in Ausschabung des erkrankten Siebbeines, Eröffnung, Ausspülung und Tamponade der Keilbeinhöhlen und später, als die Zeichen einer rechtsseitigen Stirnhöhleneiterung in den Vordergrund traten, Operation dieser Höhle nach Kuhnt (8. Januar 1896). Geheilt entlassen am 3. Juli. Am 28. Juli hat sich eine Fistel an der Stirn gebildet. Dieselbe wird ausgekratzt; mit Chlorzinklösung eingerieben, mit Perubalsam nachbehandelt. 30. September 1896 ist Patient mit geheilter Fistel entlassen. Seitdem keine Kopfschmerzen mehr. In der Nase nach wie vor Absonderung fötider Borken.

In diagnostischer Hinsicht sei das einzige sichere Zeichen einer Stirnhöhleneiterung bei der Durchspülung per Catheter die Herausbeförderung von Eiter und die Wahrnehmung des Patienten, dass die Höhle sich mit Wasser füllt. Für verschiedene Fälle müsse man verschiedengestaltete Catheter benützen. S. kann darum nicht einsehen, dass Lichtwitz Recht haben sollte, wenn er behauptet, er habe die von S. angegebene Durchspülungsmethode durch Angabe einer Canüle „vervollständigt".

S. demonstrirt einen Gypsabdruck des Patienten, um zu zeigen, dass der cosmetische Effect der Operation in diesem Falle gar nicht schön sei.

Herr Guye theilt mit, dass einer von seinen Patienten nach Kuhnt operirt ist, und zwar mit sehr gutem cosmetischen Resultate.

Herr Moll hat gleichfalls gute Resultate erhalten. In einem Fall ist gar keine Deformität zurückgeblieben. In einem Fall, wo aber auch die Siebbeinzellen erkrankt waren, ist eine Fistel geblieben.

Digitized by Google

Herr Lieven empfiehlt die Methode von Jansen.

Herr van Anrooy hat in einem nach Kuhnt operirten Fall, wo auch die Siebbeinzellen eröffnet wurden, eine Fistel nachbleiben sehen.

Herr Moll empfiehlt auch die Methode von Luc; wo es aber oft schwer ist, den Augenblick zu bestimmen, wo die Canüle fortgelassen werden darf.

X. P. K. Pel: Das Oliver'sche Symptom bei Aortenaneurysma.

P. demonstrirt das Symptom an einem Patienten mit Aneurysma aortae.

XI. A. C. H. Moll (Arnheim): Ueber nasale Reflex-Neurosen.

M. bespricht die Geschichte der Reflex-Neurosen und warnt vor Unterschätzung nicht weniger, wie vor Uebertreibung in dieser Frage. Er beschreibt einen Fall von bedeutenden Schluckbeschwerden bei einem 60jährigen Manne, welche im Anschluss an eine Spinotomie vollständig verschwanden. Der Patient, welcher seit einem Jahre nur Flüssiges hatte zu sich nehmen können, konnte wieder ganz normal essen. In einem anderen ähnlichen Falle, wo der unmittelbare Effect der Operation gleichfalls ein guter war, wurde nur ein mässiges Endresultat erhalten. Die beiden mit der electrischen Säge abgetragenen Spinae werden demonstrirt.

Herr Guye empfiehlt bei der Spinotomie die Schleimhaut auf der unteren Fläche der Spina zu schonen, das abgetragene Knochenfragment herauszunehmen und den Schleimhautlappen zu reponiren. Die Heilung sei dabei eine viel schnellere.

Herr Moll hat mit dieser Methode eine weniger gute Erfahrung gemacht, da der reponirte Lappen zu bedeutender Verdickung Veranlassung gab.

XII. G. D. Cohen Tervaert: A. Ueber einen operirten Fall von Angio-Sarcom des Gehörganges.

Die Patientin, 60 Jahre alt, wurde vor 4 Jahren mittelst Löffel und Cauter von einer Geschwulst im linken Ohre befreit, welche sich histologisch als ein Angio-Sarcom erwies. Im Januar d. J. kam Patientin mit einem Recidiv an derselben Stelle in Behandlung. T. fand eine weisse, ziemlich harte Prominenz in der Tiefe der oberen Gehörgangswand, welche das Lumen erheblich verengte. Keine Schmerzen, keine Drüsenschwellung, keine Gehörsverminderung. Die am 31. Januar vorgenommene Operation bestand in Ablösung der Muschel und Abtragung der Geschwulst, welche nicht auf den Knochen übergegangen war, mit der Scheere. Die Hautwunde wurde durch Naht verschlossen und der Meatus tamponirt. Die Heilung ging ungestört von Statten. Microscopisch (Dr. de Josselin de Jong) zeigte das Recidiv die gleiche Structur wie der ursprüngliche Tumor: ein zellenreiches Gewebe von gleichgrossen, typischen Sarcomzellen, welche nirgends mit dem Epithel in Verbindung standen und bündelförmig um Lumina herum geordnet waren, welche letzteren mit von Endothel bekleideten Spalten in Zusammenhang standen. Die histologische Diagnose wäre also Lymphangio-Sarcom, wenn nicht die plexiforme Structur und der an mehreren Stellen zu beobachtende Zusammenhang mit Capillaren auch die Diagnose Angio-Sarcom rechtfertigten.

Digitized by Google

Das Sarcom des äusseren Ohres sei sehr selten. In der Dissertation von Asch (1896) sind 10 Fälle gesammelt. Weiter fand T. einen Fall in den New-York Eye and Ear Infirmary Reports 1896 und einen Fall von Haug (A. f. O., Bd. 36).

B. Demonstration eines Fremdkörpers aus der Luftröhre.

Es handelt sich um die Gaumenplatte eines Kunstgebisses, welche von einer Dame in einem Access abgebissen und seitdem vermisst worden war. Das einzige Symptom war ein anhaltender kurzer Husten. Der Larynx zeigte sich normal. Bei der Untersuchung nach Killian sah T. nach vieler Mühe über der Bifurcation, an der hinteren Trachealwand, einen gelbrothen Streifen, und darunter ein scharfes Pünktchen, welches T. bei Untersuchung mit Sonnenlicht als ein Zähnchen diagnosticiren konnte. Es wurde dann die tiefe Tracheotomie gemacht (Prof. van Iterson) und der Fremdkörper quer auf der Bifurcation sitzend aufgefunden und extrahirt.

Herr van Anrooy zeigt ein 3 cm langes Kinder-Pfeifchen, welches nach der Tracheotomie nicht gefunden worden, fünf Jahre später aber ausgehustet wurde.

Herr Pel berichtet über einen Fall von Stenose des linken Bronchus, Pneumonie und Lungenabscess bei einem 10jährigen Kinde, in Folge von Aspiration eines Milchzahnes entstanden.

XIII. H. Braat: Ein Fall von multipler Hirnnervenparalyse.

Eine 51jährige Patientin wurde wegen neuralgischer Ohrenschmerzen (normaler Trommelfellbefund) nach einem Zahnarzt verwiesen, welcher den cariösen und empfindlichen linken zweiten Molaris extrahirte. Unmittelbar im Anschluss an diese Operation spürte Pat. eine fremde Sensation in der linken Gesichtshälfte, sowie Beschwerden beim Sprechen. Von den Angehörigen wurde Asymmetrie des Gesichtes und nasale Sprache constatirt. Am selben Tage wurden noch Schluckstörungen, Herabsetzung des Gehörs auf dem linken Ohr und gestörte Bewegungsfähigkeit des linken Armes bemerkt. Am nächsten Tage constatirte B. Lähmungen des linken Facialis (incl. Stirnast), der linken Gaumenhälfte, der Geschmacksfunction auf der linken Zungenhälfte, des linken Posticus, des linken Acusticus (unvollständig), des linken Cucullaris und Sterno-cleido (unvollständig). Therapie: Ruhe, Eisbeutel, Jodetum kalic. Bereits nach drei Tagen besserte sich die Facialislähmung. Auch sämmtliche andere Lähmungen heilten innerhalb zweier Monate vollständig. Nur die Schwerhörigkeit blieb nahezu unverändert. In derselben Zeit verschwand auch die nach dem Unglückstage constatirte Druckempfindlichkeit auf dem linken Warzenfortsatz.

B. sucht den Sitz der Läsion an der Hirnbasis in der Nähe des Porus acust. int. und des Foramen jugulare. Eine Hämorrhagie liege am meisten auf der Hand, namentlich in Anbetracht des Alters und der bestehenden Arteriosclerose. Die Zahnextraction sei vielleicht Gelegenheitsursache gewesen.

Herr Pel macht aufmerksam, dass Blutungen an der bezeichneten Stelle sehr selten sind. Man könne auch an eine circumscripte Meningitis denken.

Digitized by Google

XIV. H. Burger: Behandlung von Sclerosis aurium mit Einspritzung von Paraff. liq.

Der Pat., 18 Jahre alt, der drei taubstumme Geschwister hat und früher von Herrn Dr. Krebs in Hildesheim wegen Sclerose behandelt worden, kam im Februar 1896 in B.'s Behandlung. Die Schwerhörigkeit sei immer progressiv gewesen. Continuirliches Ohrensausen. Objectiv: alle Zeichen typischer Sclerose. B. applicirte Einspritzungen von Paraffin liq. durch den Katheter, mit mässigem Erfolg: geringe Herabsetzung der Geräusche und einige Besserung der Hörschärfe. Acht Monate später wurde die gleiche Behandlung wieder aufgenommen (Einspritzung von Paraffin. liq. jeden vierten Tag), dieses Mal aber mit dem überraschenden Erfolg, dass die subjectiven Geräusche vollständig verschwanden und die Hörschärfe auf dem linken Ohr in unerwartetem Maasse zunahm (für die Uhr von 3 auf 50 cm). Herr Krebs, welcher den Pat. noch einmal untersucht hat, schrieb an B., dass die Gehörsverbesserung, von welcher auch er sich überzeugt habe, ihn sehr interessirte, weil er früher bei andern Patienten wenig Erfolge davon gesehen habe, und dass dieselbe ihn veranlasse, wiederum zu diesem Mittel zurückzugreifen.

B. habe vom Paraffin geringe Verbesserungen oft erlebt. Dieser Fall sei aber der einzige mit einer ganz bedeutenden Besserung des Gehörs, sowie mit vollständigem Nachlass der subjectiven und functionellen Beschwerden.

XV. F. van Leyden (Haag): Ein geheilter Fall von Sarcom des Nasenrachenraumes.

Der 70jähr. Patient litt seit zehn Monaten an zunehmender Nasenverstopfung, Schwerhörigkeit, Schlingbeschwerden, blutig-eitriger Absonderung aus dem linken Nasenloch. v. L. fand auf der Mitte der linken unteren Nasenmuschel eine stark granulirende Ulceration. Im Nasenrachenraum eine bläulich-rothe, glatte, nicht ulcerirende Geschwulst, welche das rechte Tubenostium umgab, sich 1,5 cm nach unten in die Plica salpinga-pharyngea fortsetzte, nach oben das Pharynxdach grösstentheils einnahm und die Choanen theilweise verdeckte, sich aber nicht in die Nase fortsetzte. Ein Probestück wurde von Dr. de Josselin de Jong microscopisch untersucht. Die Diagnose war: „kleinzelliges Sarcom, dessen Zellen den Uebergang von der kurzen Spindelform in die absolut runde Form bilden."

Weil Radicaloperation durch das Alter des Pat., die Ausbreitung und den Blutreichthum der Geschwulst contraindicirt war, so hat v. L. versucht, dieselbe in Partien abzutragen und zwar mit vorzüglichem Resultate. Nachdem das Geschwür der unteren Muschel mittelst Trichloressigsäure und Europhen schnell zur Heilung gebracht worden, entfernte v. L. in mehreren Sitzungen den linken und oberen Theil der Neubildung mit dem Conchotom. Der Tumor war sehr wenig empfindlich, die Blutung nicht erheblich. Die unteren Theile der Geschwulst wurden mit der Löffelzange abgetragen. Der Theil der Neubildung in der Nähe der rechten Tube war, wegen heftiger Blutung, in dieser Weise nicht zu behandeln. Derselbe wurde durch Electrolyse (10—15 Milliampères) in 25 Sitzungen zum Schwinden gebracht. Während der Dauer dieser Behandlung (sechs Wochen) wurde innerlich

Digitized by Google

Liquor Fowleri verabreicht. Medio Februar war die Nasenathmung gänzlich frei, das Gehör durchaus normal geworden. v. L. hat Pat. vor einigen Tagen gesehen. Er war ohne Beschwerden, von Recidiv keine Spur; im Nasenrachenraum überall mit Epithel bekleidetes Narbengewebe. H. Burger.

II. Referate.

a) Otologische:

Beitrag zum Studium der intracraniellen Complicationen, welche im Verlaufe von Eiterungen in benachbarten Schädelgegenden entstehen. (Mittelohr. Sinus frontalis) (Contribution à l'étude des complications intra-craniennes survenant dans le cours des suppurations voisines du crane. [Oreille moyenne. Sinus frontal.]) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de laryngol. etc, Bd. X, No. 4, Juli-Aug. 1897.)

Fünf sehr genaue Beobachtungen und Krankengeschichten. Im ersten Falle handelte es sich bei einem 54 Jahre alten Herrn um doppelseitige fungöse Sinusitis frontalis und gleichzeitig einen Abscess des rechten frontalen Hirnlappens, welcher diagnosticirt und eröffnet wurde. Tod nach fünf Tagen. Beim zweiten, ein 15 Jahre altes Mädchen betreffend, um spontane Perforation rechterseits mit Vorfall der Dura mater, nach attico-antraler Ausschabung auf beiden Seiten wegen Ostitis. Der Vorfall beeinträchtigte die Möglichkeit der Curettage des Eiterherdes. Acht Tage später Symptome eines cerebralen Abscesses rechterseits. Chirurgische Eröffnung desselben, welcher seinen Sitz im rechten sphenoidalen Lappen hatte. Recidiv nach ungenügender Drainage. Wiedereröffnung des Eiterherdes und intra-cerebrale Drainage bis zu 6 cm Tiefe. Tod nach zwei Monaten mit Zeichen von acutem ventriculären Erguss. Im dritten Falle (33jährige Frau) entstand im Verlaufe eines rechtsseitigen fronto-orbitalen Sarcoms eine Sinusitis frontalis. Nichterkennen eines seit dem ersten Eingriffe (nach Ogston-Luc'scher Methode) erfolgten Fortschreitens des Processes auf die Orbita, daher ungenügende Curettage des Eiterherdes. Hierauf eitrige Meningitis, beschränkt durch frühzeitige Eröffnung des Schädels und Reinigung der inficirten Partie der Pia mater. Unzeitige Punctionen des Stirnlappens, welche eitrige, nach und nach von der rechten Hemisphäre bis 13 cm in die Tiefe sich fortsetzende eitrige Encephalitis zur Folge hatten. Breite Eröffnung und prolongirte Drainage des ausgedehnten Gehirnabscesses. Pat. überlebte den Eingriff nahezu vier Monate. Bei der Autopsie fand man einen zweiten Hirnabscess, welcher, von dem ersten unabhängig, während des Lebens nicht diagnosticirt worden war. Im vierten Falle wurde bei einer 20jährigen Bonne wegen classischer attico-antraler Eiterung die Operation nach Stacke ausgeführt. Eiterretention auf der Oberfläche der blossgelegten Dura mater, was als einzige klinische Manifestation einen heftigen eclamptiformen Anfall mit vorübergehendem Coma zur Folge hatte. Endlich Fall 5 betrifft einen 11jährigen Knaben mit acuter Mittelohreiterung

Digitized by Google

in Folge von Streptococcenangina. Subduraler Abscess um den Sinus frontalis herum in Folge von acuter Perisinusitis fungosa acuta mit Erweichung der Wandungen. Meningitiforme Symptome, coupirt durch Eröffnung und Desinfection des Herdes. Eröffnung des Sinus lateralis im Verlauf der Operation. Stillung der Blutung mittelst Tamponade. Erneute Hämorrhagie beim dritten Verbande. Vorübergehende Anurie und Albuminurie. Metastatischer Abscess im Ellenbogengelenk. Tod durch innere Blutungen. Beschorner.

---

b) Rhinologische:

Polyp des Nasenrachenraums. (A Case of Naso-Pharyngeal Polypus.) Von Wm. K. Simpson in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

Bei einem 73jährigen Manne, dessen rechtes Nasenloch schon seit vier Jahren durch weiche Polypen verlegt ist, findet sich im Nasenrachenraum derselben Seite ein ungemein derber Tumor, der mittelst kalter Schlinge exstirpirt wird. Histologisch erweist sich die Geschwulst aus einem lockeren Bindegewebsstroma bestehend, dessen Lücken von fibrinösem Serum und einer Anzahl Rundzellen ausgefüllt sind. Der Tumor ist von Cysten mit amorphem Inhalt durchsetzt, welche als erweiterte Drüsenschläuche angesprochen werden. A. Sch. (N.-Y.).

Die Vertheidigungsmittel der Nasenhöhlen gegen das Eindringen der Microben. (Les moyens de défense des fosses nasales contre l'invasion microbienne.) Von Dr. R. Piaget. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Das überaus grosse u. häufige Vorkommen der Microben in der Nasenhöhle und das seltene Vorkommen der klinischen Symptome, welche durch das Vorhandensein der Microorganismen eigentlich vorkommen sollte, ist immer aufgefallen. Verf. theilt seine Arbeit in drei Capitel ein und studirt zuerst die in gesundem Zustande in der Nase vorkommenden Microorganismen, dann die Nasenschleimhäute der verschiedenen Thiere und dann die bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleimes gegenüber verschiedenen Microben und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Die Nasenhöhlen sind im normalen Zustande aseptisch, auch bei Thieren; diese Asepsie ist besonders der bacterientödtenden Eigenschaft des Nasenschleimes zu verdanken; dabei spielt die Construction des Naseninnern und namentlich die Rolle des Flimmerepithels eine Hauptaction. Jedenfalls muss man auch die phagocytische, antimicrobische Eigenschaft des Nasenschleimes in Betracht ziehen. Die Wirkung des Nasenschleimes bei Milzbrand und bei echter Diphtheritis ist wissenschaftlich bewiesen. Diese bacterientödtende Eigenschaft des Nasenschleimes erklärt die relative Unschädlichkeit der Nasenoperationen selbst bei vernachlässigter Antisepsis. Dr. P. K.

Digitized by Google

c) Pharyngo-laryngologische:

Die gewöhnliche Trachealcanüle durch ein Drainagerohr ersetzt. (Substitution d'un tube à drainage à la canule dans la trachéotomie.) Von Dr. S. Kofman. (Semaine médicale 1897, No. 19.)

Wenn voraussichtlich die Canüle längere Zeit liegen bleiben muss, so thut man besser, selbe durch ein einfaches Drainrohr aus Kautschuk zu ersetzen; man vermindert so alle die durch ein unbiegsames drückendes Metallrohr hervorgerufenen Unannehmlichkeiten. Dr. Meschelin wandte ein solches Kautschukrohr von 8 cm Länge und 0,5 cm Dicke bei einem 9monatlichen Kinde an, wo man wegen Halsabscess die Tracheotomie ausführen musste; das äussere Ende des Rohres wurde in einer Länge von 1,5 cm gespalten, die beiden Hälften wurden je eine nach aussen umgebogen und mit einem Faden durchzogen, welche Fäden dann ähnlich wie bei einer Canüle nach hinten zusammengebunden wurden. Der Apparat leistete vortreffliche Dienste. Dr. P. K.

Aprosexie, Convulsionen und Adenitis, herrührend von pathologischen Veränderungen der Mund-, Zungen- und Pharynxdrüsen. (Aprosexie, convulsions et adénite relevant de modifications pathologiques des glandes buccale, linguale et pharyngée.) Von Dr. Downie. (Glasgow medic. Journal und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 9.)

Die bei der Hypertrophie der verschiedenen Mandeln bestehende Aprosexie hat eine physiologische und eine psychologische Ursache. Verf. beschreibt diese beiden Ursachen und ihre Wirkung auf rein theoretische Weise. Dr. P. K.

---

26. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 21. bis 24. April 1897. (Vingt-sixième congrès de la société allemande de chirurgie, tenu à Berlin du 21. au 24. Avril 1897.)

Autoplastische Heilung eines grossen Substanzverlustes der Trachea. (Traitement autoplastique d'une perte de substance étendue de la trachée.) Von Prof. Dr. Koenig und Dr. Koenig jun. Es wurden im Ganzen sechs Fälle, von denen der obengenannte der merkwürdigste war, vorgestellt.

Endgiltige Resultate der wegen Carcinom ausgeführten Larynxexstirpationen. (Résultats définitifs de l'exstirpation du larynx pour cancer.) Von Dr. Graf. Aus den aus der von Bergmann'schen Klinik gesammelten Resultaten ergiebt sich, dass die definitive Heilung desto wahrscheinlicher ist, je früher man operirt. Gemäss diesen Resultaten muss man die Totalexstirpation oder die Totalresection zu der Categorie derjenigen Operationen rechnen, welche gerechtfertigt sind.

Pathogenie und Behandlung des Carcinoms des Pharynx. (Sur la pathogénie et le traitement opératoire du cancer du pharynx.) Von Dr. Krönlein. Verf. nimmt drei Arten von Pharynxkrebs an; die Resultate der Operation sind nicht sehr einladend.

Ueber die Lymphgefässe der Zunge und ihr Verhalten zur Verbreitung des Zungenkrebses. (Sur les vaisseaux lymphatiques

Digitized by Google

de la langue et leurs rapports avèc la propagation du cancer de cet organe.) Von Dr. Kuttner. Auf der Zungenoberfläche besteht ein Lymphgefässnetz, aus welchem die Lymphe von der Medianlinie der Zunge zu den zwei Seitenrändern abfliesst. Aus diesem Netz entsteht eine gewisse Zahl grösserer Lymphgefässe, welche parallel nach der Zungenbasis verlaufen und die Papillae circumvallatae umgeben. Die Lymphgefässe der Zunge stehen besonders in Verbindung mit den Submaxillar- und den tiefen Cervicaldrüsen; eine dritte Communication besteht zwischen den Lymphgefässen der Zungenspitze und den oberflächlichen Drüsen der vorderen Halsseite. Die grossen Lymphgefässe verlaufen mit der Arteria lingualis und den Muskeln des Mundbodens. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, dass gar keine Methode der Exstirpation eine absolute Garantie der Totalexstirpation des Lymphgefässsystems geben kann. Jedenfalls muss man bei jeder Zungenexstirpation gleichzeitig die Submaxillar- und die tiefen Cervicaldrüsen beiderseits entfernen, eventuell auch die Drüsen der Vorderseite des Halses.

Dr. P. K.

Syphilis hereditaria praecox des Kehlkopfes bei Kindern. (Syphilis héréditaire précoce du larynx chez les enfants.) Von Dr. Y. Arslan in Padua. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. X, No. 4, Juli/Aug. 1897.)

Historisches und Mittheilung von sechs bezüglichen Krankengeschichten, 7—24 Monate alte Kinder betreffend. Hierauf Betrachtungen über Aetiologie, Symptomatologie, physicalische Erscheinungen, pathologische Anatomie, microscopische Befunde (mit Abbildungen), Diagnose, Prognose und Behandlung, bei welch' letzterer der Tracheotomie zuweilen eine entscheidende, der allgemein-antisyphilitischen Behandlung immer die Hauptrolle zufällt. Die Erstere kann im Stich lassen, wenn die Schleimhauthypertrophie (wie in einem von A. citirten Falle) sich auch auf die Regio subglottica erstreckt.

Beschorner.

Ueber die perilaryngotrachealen Abscesse. (L'abcès péri-trachéo-laryngien chez les enfants.) Von Dr. Ferdinand Massei. (Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 7.)

Der Austritt von Eiter aus der Trachea, wenn man bei Kindern die Tracheotomie oder die Intubation ausübt, fällt manchmal dem Operateur auf. Verf. hat fünf solcher Fälle beobachtet, wo die Operation wegen der Erscheinungen des Croup ausgeführt werden musste. Manchmal gelingt es durch Laryngoscop, die Entstehungsweise und durch den ganzen Krankheitsverlauf den Abscess zu diagnosticiren und den membranösen Croup auszuschliessen. Verf. giebt mehrere Beispiele. Der langsamere Verlauf, die Abwesenheit von Pseudomembranen, der laryngoscopische Befund (Lähmung eines Recurrens, ein rundlicher Tumor), die bacteriologische Untersuchung, das Erscheinen von Eiter bei der Tracheotomie oder der Intubation verhelfen zur Diagnose; nur muss man bedenken, dass manchmal kleine Abscesse unter den Membranen sich befinden. Diese Abscesse sind perilaryngeal oder peritracheal, in der Höhe der obersten Trachealringe; dieserhalb ist die Stimme auch meistens normal.

Digitized by Google

Diese Abscesse entstehen in der Ganglienkette, welche längs der Trachea und dem Recurrens verläuft und in drei Gruppen getheilt wird. Eben diese Abscesse werden leicht mit einer acuten Laryngostenose von Croup herrührend verwechselt. Das Laryngoscop verhilft zur Differentialdiagnose, wenn man es gebrauchen kann; ist der kleine Patient ungeduldig, so muss man bei fehlender laryngoscopischer Diagnose immer an die Möglichkeit dieser Abscesse denken; es müssen ferner Spasmus glottidis, einfacher Catarrh, falscher Croup, Croup ascendens, Fremdkörper und Soor des Larynx ausgeschlossen werden. Kommt meist bei lymphatischen Kindern vor. Dr. P. K.

Ueber einige ungewöhnliche Ursachen des Hustens. (Some Unusual Causes of Cough.) Von Emil Mayer in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

Mittheilung einer Reihe von instructiven Krankengeschichten, welche beweisen, dass Husten durch die Anwesenheit von adenoiden Vegetationen, von hypertrophischen Rachen- und Zungenmandeln, durch Pharyngitis follicularis und Leptothrix pharyngealis, ferner durch Fremdkörper im äusseren Gehörgang verursacht und unter solchen Umständen auch nur nach Feststellung des jeweiligen Sitzes der aussergewöhnlichen Ursache des Hustens durch entsprechende zweckmässige Eingriffe geheilt werden kann. A. Sch. (N.-Y.).

Gutartige Mandeltumoren. (Tumeurs bénignes de l'amygdale.) Von Dr. F. Ardennes. (Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 8.)

Nicht sehr zahlreiche Fälle. Verf. zählt dieselben auf und fügt 20 neue Fälle hinzu. Ursachen unbekannt. Kommen meistens zwischen 25 und 45 Jahren vor und werden oft nur zufällig entdeckt. Die functionellen Symptome sind immer mechanischer Art und betreffen den Schlingact, das Athmen, die Stimme, das Gehör und die Blutcirculation: Schlingbeschwerden treten in allen Modificationen zuerst auf, dann kommen die Respirationsbeschwerden, welche Anfangs diejenigen der hypertrophischen Mandeln und später die der Erstickungsanfälle bei acuter Larynxstenose sind, später oder zugleich kommt die sogenannte Mandelsprache, vermindertes Gehörvermögen und Ohrensausen kommen von Verstopfung der Eustachi'schen Trompete durch den Tumor selbst oder durch Fortpflanzung des Nasenrachencatarrhs, Circulationsstörungen sind selten und kommen nur durch Druck auf die Carotis interna und die Vena jugularis interna vor. Von Reflexsymptomen sind der Husten oder vielmehr das Hüsteln, der Brechreiz, der Speichelfluß, der Schmerz bei eintretender secundärer Entzündung und der zugleich bestehende Nasenrachencatarrh zu erwähnen. Verf. giebt des Weiteren die Differentialdiagnose der einzelnen gutartigen Tumoren mit Gumma, vegetirenden Plaques muqueuses, vegetirender Tuberculose, chronischem eingeschlossenen Abscess, Fremdkörpern und Mandelsteinen, chronischer Amygdalitis und Sarcom. Behandlung einfach. Dr. P. K.

Digitized by Google

Pneumococceenpharyngitis. (De la pneumococcie pharyngée.) Von Dr. Ernest Gaultier. (Thèse de Paris und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 5.)

Entsteht meistens durch Infection, und zwar immer plötzlich im Gegensatz zur wahren Diphtheritis; ebenso fällt die Temperatur plötzlich, ebenso im Gegensatz zur Diphtheritis; kann alle Formen im Pharynx annehmen, vom einfachen Erythem bis zum Abscess, zur Angina follicularis, pseudomembranacea. Verläuft ebenso wie die Pneumonie; die bei letzterer bestehenden Schmerzen in der Seite und die Dyspnoe sind hier durch Schlingbeschwerden und Halsschmerzen ersetzt. Wenn Pseudomembranen bestehen, so ist die Differentialdiagnose mit Diphtheritis nur bacteriologisch zu stellen. Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Un corps étranger du larynx.) Von Dr. G. Geronzi. (Archiv. di otol., rhinolog. e laring. und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 5.)

Eine 78jährige Frau verschluckte eine Nadel, welche einige Tage durch den Kehlkopf gut vertragen wurde und welche die Frau eigentlich nur aus Neugierde in die Klinik brachte. Die Nadel wurde gleich laryngoscopisch quer im Larynx sitzend festgestellt. Mittelst der Makenzie'schen Zange wurde die Nadel zerbrochen und zur Hälfte herausgenommen, die andere Hälfte wurde ausgehustet.

Dr. P. K.

Ein Pferdeblutegel im Larynx. (Une sangsue de cheval dans le larynx.) (Medical News und Revue de laryngologie et d'otologie 1897, No. 7.)

Ein Soldat empfand, nachdem er aus einem Brunnen getrunken hatte, Kitzeln im Halse, Dyspnoe, Husten, Blutauswurf. Ein Blutegel wurde mittelst Spiegel diagnosticirt. Die Extraction per vias naturales gelang nicht, Inhalationen von Terpentin und von acidum Carbolicum, intratracheale Einspritzungen gelangen ebenfalls nicht. Man musste tracheotomisiren. Am andern Tage begab sich das Thier in den Mund und wurde vom Patienten selbst entfernt. Heilung. Dr. P. K.

Rheumatismus des Larynx. (A Report of Two Cases of Rheumatism of the Larynx.) Von Z. L. Leonard in New-York. (N. Y. Eye and Ear Infirmary Reports 1897, Vol. V.)

Bericht über zwei Fälle:

1) 32jähriger Bäcker, der während einer übrigens sehr milden Attacke von Polyarthritis gonorrhoica über Empfindlichkeit des Kehlkopfes, leichte Ermüdung bei Gebrauch der Stimme und geringen Husten klagte. Die Stimme war nicht heiser. Der Rand der Stimmbänder erschien geröthet, besonders beim linken, wo der Rand auch etwas verdickt schien. Das linke Stimmband war unbeweglich. Die Diagnose wurde auf „chronischen Rheumatismus des Kehlkopfes“ gestellt und der Patient antirheumatisch (Salicyl) behandelt, wodurch auch Besserung erzielt wurde. Der Fall zog sich in die Länge.

Digitized by Google

2) 30jähriger Mann, der nach einer Erkältung Schmerzen in der Nacken- und Rückenmusculatur bekam, klagt über eine zusammenschnürende Empfindung im Kehlkopfe, Schlingbeschwerden und rasche Ermüdung beim Sprechen. Etwas Husten, keine Heiserkeit. Bedeutende Empfindlichkeit der Larynxknorpel gegen Druck. Das rechte Stimmband ist geröthet und unbeweglich, die Schleimhaut über den Giessbeckenknorpeln geschwellt. Die Diagnose wurde auf Rheumatismus des rechten Crico-arytaenoidealgelenks gestellt und Salicyl gereicht. Nach 12 Tagen Restitutio ad integrum. A. Sch. (N.-Y.)

Academische Feier zu Ehren des Prof. Dr. Josef Gruber.

(16. October 1897.)

Am 4. August 1897 vollendete Josef Gruber das 70. Lebensjahr, ein willkommener Anlass für seine zahlreichen Schüler, Collegen und Freunde, Josef Gruber in würdiger Weise zu ehren.

Mit Rücksicht auf den Umstand, dass dieser Tag in die Ferialzeit fiel, beschloss das internationale Comité, dem Dr. Ferdinand Alt (Wien), Docent Dr. Egmont Baumgarten (Budapest), Prof. Dr. Thomas Barr (Glasgow), Dr. J. Baratoux (Paris), Docent Dr. Albert Bing (Wien), Professor Dr. Julius Böke (Budapest), Dr. C. Bogroff (Odessa), Dr. Charles Delstanche (Brüssel), Docent Dr. Benjamin Gomperz (Wien), Prof. Dr. G. Gradenigo (Turin), Prof. Dr. Guye (Amsterdam), Prof. Dr. J. Habermann (Graz), Dr. Th. Heimann (Warschau), Dr. Franz Hrubesen (Wien), Prof. Dr. G. Juffinger (Innsbruck), Dr. Daniel Kaufmann (Wien), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Géza Krepuska (Budapest), Dr. Edward Law (London), Docent Dr. Kornel Lichtenberg (Budapest), Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Lucae (Berlin), Prof. Dr. Moure (Bordeaux), Dr. Orne Green (Boston), Prof. Dr. Adam Politzer (Wien), Docent Dr. J. Pollak (Wien), Prof. Dr. Siebenmann (Basel), Doc. Dr. E. Stepanow (Moskau), Dr. Sigismund Szenes (Budapest), Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Trautmann (Berlin), Prof. Dr. Urban Pritchard (London), Prof. Dr. Victor Urbantschitsch (Wien), Prof. Dr. E. Zaufal (Prag) angehörten, die officielle Feier auf den 16. October 1897 zu verlegen und bei derselben dem Jubilar eine Plaquette mit dessen Reliefbildniss zu überreichen, die auch an alle Festtheilnehmer als bleibende Erinnerung zur Vertheilung gelangen sollte.

Josef Gruber hat während seines Lebens zahllose Beweise der Liebe, Verehrung und Anhänglichkeit Seitens aller jener Factoren erfahren, mit denen ihn sein Beruf und sein sonstiges Wirken in Verbindung brachte; die Feier, die ihm an seinem Ehrentage bereitet wurde, bildet jedoch den Höhepunkt der innigsten und aufrichtigsten Hochachtung und allgemeinster Werthschätzung, die einem wackeren Manne, der auf ein thatenreiches Leben zurückblickt, zu Theil werden kann.

Digitized by Google

Zum Orte der Feier wurde der Hörsaal der Klinik des Herrn Hofrathes Prof. von Schrötter, eines alten Freundes des Jubilars, bestimmt, da die beschränkten räumlichen Verhältnisse an der Klinik Gruber eine Feier im eigenen Heim leider unmöglich machten. An der Stirnseite des Hörsaales waren prächtige Decorationspflanzen und Blumen angebracht, in der Mitte die Ehrengeschenke, unter anderen ein prachtvoll ausgestattetes Album mit den Photographien der neun Assistenten, welche an der Klinik Gruber's angestellt waren, ferner ein zweites Album, welches die photographischen Bilder des Interieurs der Gruber'schen Klinik, in welcher gerade eine Operation vollführt wird, dann das Arbeitszimmer Gruber's, in welchem er bei der Arbeit ist, und endlich den Zugang zur Klinik vom ersten Hofe des Allgemeinen Krankenhauses darstellt, welche die Schüler ihrem Meister darbrachten. Lange vor der festgesetzten Stunde hatte sich ein vielhundertköpfiges Auditorium eingefunden: die nächsten Angehörigen des Jubilars, eine grosse Zahl von Professoren und Docenten der Universität, viele Aerzte und Studenten, unter ihnen eine stattliche Reihe von Vertretern ärztlicher und studentischer Corporationen, die Josef Gruber officiell beglückwünschen kamen. Unter den anwesenden Schülern waren mehrere aus weiter Ferne, selbst aus England, zur Feier erschienen.

Die Verlagsbuchhandlung der von Gruber herausgegebenen Monatsschrift für Ohrenheilkunde (Oscar Coblentz, Berlin) stellte sich mit einer sinnigen Widmung ein, indem sie einem jeden Theilnehmer an der Feier eine Festgabe, Gruber's Biographie und Bildniss, überreichen liess.

Als der Jubilar, von Prof. Politzer und Hofrath von Schrötter geleitet, erschien, durchbrausten minutenlange Prositrufe und Applaus den Saal.

Zuerst trat Herr Hofrath Prof. Dr. Victor Ebner Ritter von Rofenstein, Decan der Wiener medicinischen Facultät, vor und hielt Namens des Professoren-Collegiums folgende Ansprashe:

Hochverehrter Jubilar!

An dem Tage, an welchem Sie Ihren siebzigsten Geburtstag festlich begehen, blicken Sie zugleich auf eine 34jährige, ehrenvolle academische Lehrthätigkeit zurück. Sie aus diesem Anlasse im Namen des Professoren-Collegiums der medicinischen Facultät wärmstens zu beglückwünschen, ist mir, als derzeitigem Decane, eine ebenso sympathische als erhebende Aufgabe. Unter keineswegs ermuthigenden Umständen haben Sie Ihre academische Laufbahn begonnen; Ihrer zielbewussten, vor keinem Hindernisse zurückschreckenden Energie ist es aber bald gelungen, eine ungemein erfolgreiche Lehrthätigkeit zu entwickeln und die wissenschaftliche Ohrenheilkunde in reichem Maasse zu fördern. Viele Hunderte von Schülern, nicht blos aus unserm engeren Vaterlande, sondern von dies- und jenseits des Oceans haben Sie in Ihrem Fache ausgebildet und dadurch in hervorragender Weise zum Ruhme und zum Glanze der Wiener Schule beigetragen. Für diese verdienstvolle academische Thätigkeit ist Ihnen die medicinische Facultät zu aufrichtigstem Danke verpflichtet.

Gestatten Sie mir aber auch, hochverehrter Jubilar, Ihnen meine persönlichen Glückwünsche auszusprechen und der Freude darüber Ausdruck zu geben, dass Sie diesen Ehrentag in voller geistiger und körperlicher Rüstigkeit zubringen, und schliesslich die Bitte beizufügen, die wohlwollenden, collegialen Gesinnungen, welche Sie seit meinem Eintritte in das Wiener

Digitized by Google

Professoren-Collegium mir stets entgegenbrachten, auch fernerhin bewahren zu wollen.

Hierauf hielt Herr Professor Dr. Adam Politzer folgende Rede:

Geehrter Herr Collega!

Die hervorragendsten Vertreter der Ohrenheilkunde aller Länder, sowie Ihre zahlreichen Schüler haben Ihren 70. Geburtstag zum erwünschten Anlass genommen, um durch eine feierliche Kundgebung der Hochschätzung und Ehrung Ihrer vielen Verdienste um die Ohrenheilkunde würdigen Ausdruck zu verleihen.

Als Senior der Wiener Ohrenärzte ist mir die ehrenvolle Aufgabe zugefallen, Ihnen aus diesem Anlasse die Glückwünsche Ihrer in- und ausländischen Fachcollegen, Ihrer Schüler und Freunde zu übermitteln.

Ich habe diese Mission mit einem Gefühle inniger Befriedigung übernommen, da ich seit dem Beginn unserer gleichzeitigen academischen Laufbahn und als Ihr unmittelbarer klinischer Nachbar seit mehr als 35 Jahren Ihr Wirken als Forscher, Lehrer und Arzt aus unmittelbarer Anschauung kennen zu lernen Gelegenheit hatte.

Als zu Beginn der 60er Jahre durch die grundlegenden Arbeiten Toynbee's und v. Tröltsch's die Ohrenheilkunde in eine neue Bahn geleitet wurde, haben Sie sich jener kleinen Gruppe junger Gelehrter beigesellt, die mit dem Bestreben auf den Plan trat, die bis dahin brachliegende Ohrenheilkunde auf anatomischer und pathologisch-anatomischer Basis aufzubauen.

Mit reichen allgemeinen Kenntnissen ausgestattet, die Sie auf den Kliniken und Abtheilungen des Allgemeinen Krankenhauses erworben, haben Sie sich dem Studium der Ohrenheilkunde mit jenem Eifer und jenem begeisterten Forschungsdrange gewidmet, welcher allein zu wissenschaftlichen Erfolgen befähigt und durch die Sie im Laufe der Jahre zu einer der Stützen der modernen Otiatrie geworden sind.

Sie hatten das Glück, dass Ihre Studienzeit in die Epoche der höchsten Blüthe der Wiener medicinischen Schule fiel, in der die Lehren Rokitansky's, Skoda's, Oppolzer's, Hyrtl's, Hebra's, Brücke's u. A. befruchtend auf die geistigen und wissenschaftlichen Bestrebungen der jüngeren Generation wirkten.

Sie haben, Herr Collega, die Principien der Forschung und des Lehrens dieser classischen Schule treu bewahrt. Den Grundsatz unserer Meister festhaltend, dass in der Medicin nur das, was sich auf anatomischer Basis aufbaut, als endgiltig feststehend angesehen werden kann, haben Sie die Anatomie und pathologische Anatomie des Gehörorgans als die Grundlagen Ihrer wissenschaftlichen Forschungen betrachtet und eine Reihe neuer und interessanter Befunde auf dem Gebiete der Ohranatomie zu Tage gefördert, welche einen bleibenden Werth in der anatomischen Wissenschaft für sich beanspruchen können.

Dass auch die pathologische Anatomie des Ohres Ihnen vielfache Förderung und zahlreiche neue Befunde verdankt, beweisen Ihre einschlägigen wisssenschaftlichen Publicationen und die schöne, reichhaltige Sammlung normaler und pathologisch-anatomischer Präparate des Gehörorgans, welche Sie mit grosser Sorgfalt und Verständniss gesammelt und welche einen werthvollen Schatz für die Belehrung künftiger Generationen bilden wird.

Auch die Therapie der Ohrenkrankheiten verdankt Ihnen vielfache Fortschritte. Von dem Grundsatze geleitet, dass das Endziel der medicinischen Forschung die Heilung der Kranken ist, haben Sie während Ihrer langjährigen klinischen Thätigkeit Ihr Augenmerk nicht nur auf die Verbesserung bestehender Heilverfahren gerichtet, sondern auch neue Heil-

Digitized by Google

methoden geschaffen, durch welche der Heilschatz der Otiatrie wesentlich bereichert wurde.

Sie waren einer der Ersten, die die Wichtigkeit der operativen Eingriffe bei Mittelohreiterungen erkannt und diese Operationen ausgeführt haben. Es muss aber anerkennend hervorgehoben werden, dass Sie sich in der Otochirurgie stets die Grenzen des Erreichbaren vor Augen hielten und dass Sie es vermieden, in jene extreme Richtung zu verfallen, bei welcher ohne stricte Indicationsstellung Eingriffe unternommen werden, deren problematische Ergebnisse geeignet sind, die Werthschätzung selbst erprobter Operationsverfahren in den Augen der Aussenstehenden zu schädigen.

Einen ehrenvollen Abschnitt Ihrer academischen Laufbahn bildet Ihre didactische Thätigkeit, die nunmehr einen Zeitraum von 34 Jahren umfasst. Sie haben das Ihnen vom Staate verliehene Lehramt stets als eine ernste Aufgabe betrachtet und sind — was die Lehrmethode anlangt — auch darin den Principien der Wiener Schule treu geblieben. Was Sie als Lehrer und Schriftsteller für die Verbreitung der Ohrenheilkunde unter den practischen Aerzten geleistet, wie Sie es verstanden, die Studentenschaft für das ihnen unbekannte Specialfach zu interessiren, ist zur Genüge bekannt und muss rühmend hervorgehoben werden.

Die Zahl der Hörer aus allen Welttheilen, die durch die Räume der Wiener Ohrenklinik gewandert sind, übersteigt viele Tausende, und es ist nicht zum geringen Theile Ihr Verdienst, wenn die Wiener Ohrenklinik sich rühmen darf, unter allen Universitäten des In- und Auslandes die grösste Hörerzahl aufweisen zu können, ja dass die Zahl der bisherigen Frequentanten der Wiener Ohrenkliniken die der deutschen Universitäten zusammengenommen übersteigt. Mit berechtigtem Stolze können Sie darauf hinweisen, dass viele Ihrer Schüler als hervorragende Vertreter unseres Faches, als Professoren an den Universitäten des Auslandes thätig sind.

In gleich ehrenvoller Weise haben Sie während Ihrer langjährigen ärztlichen Thätigkeit den humanen Beruf des Arztes erfasst. Mit voller Hingebung, unermüdlich und unverdrossen haben Sie den täglich in grosser Anzahl auf Ihrer Abtheilung erscheinenden Kranken Hilfe geleistet und durch Ihre Kunst Tausende von ihren Gebrechen befreit. Diese opferwillige Hingebung an den Beruf muss um so höher angeschlagen werden, als die Untersuchung und Behandlung der Ohrenkranken äusserst mühevoll und zeitraubend ist und die Geduld des Arztes auf die höchste Probe stellt.

Schliesslich möchte ich noch Ihre verdienstvollen Bemühungen um die Hebung des Ansehens unserer Specialwissenschaft im Rahmen der anderen Disciplinen hervorheben. Seit Jahren sind Sie unentwegt dafür eingetreten, dass die Otiatrie entsprechend der wissenschaftlichen und practischen Bedeutung, die sie in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts erlangt hat, der anderen Disciplinen der Medicin gleichgestellt, dass sie als obligater Gegenstand in den Lehrplan eingefügt werde. Wenn durch diese Bestrebungen noch nicht das gewünschte Ziel erreicht wurde, so bin ich doch überzeugt, dass der Kampf nicht umsonst geführt worden ist, und dass Sie noch in absehbarer Zeit sich der Verwirklichung dieses Zieles erfreuen werden.

So können Sie, Herr Jubilar, am heutigen Tage, an welchem Ihnen von allen Schichten der Gesellschaft die ehrende Anerkennung Ihrer Leistungen zu Theil wird, mit jener inneren Befriedigung auf eine an Arbeit und Erfolgen reiche Laufbahn zurückblicken, welche uns nur die ernste wissenschaftliche Forschung und das Bewusstsein der vollen Pflichterfüllung gewährt.

Indem ich Ihnen, Herr Collega, die von Ihren Schülern und Freunden in dankbarer Würdigung Ihrer Verdienste gewidmete Plaquette mit Ihrem Reliefbildnisse überreiche, spreche ich im Namen Aller den Wunsch aus, dass es Ihnen gegönnt sein möge, noch lange Jahre im Kreise Ihrer Familie

Digitized by Google

die Früchte Ihres Wirkens zu geniessen, und dass Sie in derselben Rüstigkeit und Geistesfrische wie bisher Ihre Kräfte unserem Specialfache widmen mögen zum Ruhme der Wiener Schule, zum Wohle der leidenden Menschheit.

Als Dritter beglückwünschte den Jubilar Herr Professor Dr. Victor Urbantschitsch:

Hochgeehrter Herr Professor!

Die österreichische otologische Gesellschaft entbietet Ihnen durch mich die herzlichsten Glückwünsche zu Ihrem 70. Geburtstag. Dieser Festtag wird stets einer der schönsten Gedenktage für unsere Gesellschaft bleiben, da diese so ehrenvolle Feier Ihnen, hochgeehrter Herr Professor, dem Gründer unserer Gesellschaft dient. Dank Ihrer Anregung ist die österreichische otologische Gesellschaft vor einigen Jahren in's Leben getreten und hat die an sie geknüpften Erwartungen weitaus übertroffen. In dem regen wissenschaftlichen Verkehr haben die Mitglieder dieser Gesellschaft den hohen Werth eines streng sachlichen Meinungsaustausches schätzen gelernt, vielfache Belehrung und Anregung erhalten. Wir sprechen Ihnen, hochgeehrter Herr Professor, für diese wissenschaftliche Förderung unsern verbindlichsten Dank aus. Doch auch in anderer Beziehung hat sich der Gedanke der Gründung der österreichischen otologischen Gesellschaft als ein sehr glücklicher erwiesen, nämlich betreffs der Collegialität, die sich zwischen den Mitgliedern unserer Gesellschaft in einer immer schöneren Weise entwickelt. Unter den vielen Verdiensten, die Sie sich, hochgeehrter Herr Professor, erworben haben, werden wir dieser Förderung der Collegialität stets besonders eingedenk bleiben. Wir bitten Sie, dass Sie mit Ihrer reichen Erfahrung und mit Ihrer bewundernswerthen Schaffenskraft unserer Gesellschaft weiterhin ein Führer und Förderer bleiben werden, und ich kann nur versichern, dass wir all' das Glück, das wir Ihnen, hochgeehrter Herr Professor, so herzlichst wünschen, als ein Glück unserer Gesellschaft selbst betrachten. Ich bitte die Glückwünsche der österreichischen otologischen Gesellschaft freundlichst aufzunehmen.

Als nächster Redner sprach Herr Docent Dr. Josef Pollak:

Hochverehrter und geliebter Meister!

Mir ist die ehrenvolle Aufgabe zu Theil geworden, an diesem festlichen Tage der Wortführer der Schule zu sein, die mit Stolz Ihren Namen trägt, insbesondere aber den Gefühlen jener Männer Ausdruck zu verleihen, die im Verlaufe von 25 Jahren das Glück hatten, an der Stätte Ihres segensvollen und mit so grossen Erfolgen gekrönten Wirkens und unter dem unmittelbaren Eindruck der belebenden Worte des Meisters an Ihrer Seite zu stehen. Was Sie für die Wissenschaft geleistet haben, ist von berufener und berufenster Seite in eingehender Weise gewürdigt worden. Mir erübrigt nur, auszusprechen, was Sie uns Assistenten waren, sind, und hoffentlich noch lange bleiben werden: vor Allem ein leuchtendes Vorbild unermüdlichen Fleisses, aufopfernder Pflichterfüllung und reinster Humanität.

In der Forschung haben Sie uns stets auf die Anatomie und pathologische Anatomie, als die unverrückbare Grundlage aller Medicin, gewiesen; Sie haben uns gelehrt, frei und unbeirrt von voreingenommenen Urtheilen, die Wahrheit zu suchen, strenge Selbstkritik zu üben, ehrlich und offen gegen uns und Jedermann, besonders den uns anvertrauten Kranken gegenüber zu sein, das Wohl der letzteren in erster Linie in's Auge zu fassen. Was wir Ihnen dafür schulden, ist mit den Worten von unbegrenzter Dankbarkeit und innigster Verehrung nicht genügend ausgedrückt. Denn Sie waren uns nicht nur Lehrer. Indem Sie uns als zur Ihrer geistigen Familie gehörig betrachteten, traten Sie uns auch menschlich näher, und nahmen, wie ein liebevoller Vater, an unseren Schicksalen warmen Antheil. — Liebe

Digitized by Google

kann nur mit Liebe vergolten werden! Und so seien Sie der unserigen versichert und überzeugt, dass unser Wunsch aus dem tiefsten Inneren unseres Herzens quillt: Sie mögen mit derselben Rüstigkeit des Körpers und der bewunderungswerthen Frische des Geistes noch lange und glücklich leben und wirken der Wissenschaft zur Ehre, der leidenden Menschheit zum Frommen, Ihrer Familie und uns zur Freude und zum Stolze!

Namens des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums war eine dreigliedrige Deputation unter Führung des Herrn Professor Dr. von Reder erschienen, die dem Jubilar eine prachtvolle Adresse überreichte.

In Vertretung der k. k. Gesellschaft der Aerzte beglückwünschte der Präsident Herr Hofrath Professor Dr. von Dittel und der erste Secretär Herr Professor Dr. Bergmeister den Jubilar.

Die Aerzte des k. k. allgemeinen Krankenhauses hatten als Sprecher den Herrn Director Obersanitätsrath Dr. Mucha, die Aerzte des Krankenhauses Rudolfsstiftung, wo Gruber seit 20 Jahren das Ohrenambulatorium leitet, eine dreigliedrige Deputation unter Führung des Herrn Directors Sanitätsrath Dr. Ullmann entsendet, welche herzliche Ansprachen an Josef Gruber richteten.

Namens der Budapester allgemeinen Poliklinik hielt Herr Docent Dr. Kornél Lichtenberg, Director der Poliklinik, folgende Ansprache:

Geehrte Festversammlung!

Es lebt in uns ein Grund von ewigen Gesetzen, dem Grossen nachzugehen, das Recht nicht su verletzen. Und deshalb sind wir hierhergekommen, um einen Mann zu feiern, dessen Name hinausschallt in die Weite der Welt, wo immer es eine medicinische Wissenschaft giebt, um ihm, der uns Lehrer, Gönner und Freund, unsere innige Verehrung und Dankbarkeit auszusprechen.

Geliebter Meister!

Sie sind in allen Ländern, wo die wissenschaftliche Ohrenheilkunde Wurzel gefasst, mit Recht hochgehalten; vorzugsweise jedoch steht es den Collegen und Fachcollegen der österreichisch-ungarischen Monarchie in erster Reihe zu, Ihnen an diesem Tage zu huldigen, weil dieselben unmittelbare Zeugen Ihrer bahnbrechenden Leistungen sind, weil Alle es erkennen, wie fundamental Vortreffliches für unser Wissen von Ihnen hervorgegangen, und weil ausserdem den Meisten von uns das Glück zu Theil wurde, nebst Ihrem Wohlwollen in Rath und That auch noch eines solchen Meisters zu geniessen.

Wenn Sie aber Pfadfinder gewesen zu neuen glücklichen Wegen, dann sind Sie uns Allen auch persönlich durch Tiefe Ihres Wissens, durch Energie und Ehrlichkeit Ihrer Arbeitskraft und durch edle Lauterkeit Ihrer Gesinnung ein leuchtendes Vorbild.

Sie sind ein Genius ohne Posaune. Mit mimosenhafter Scheu die geräuschvolle Oeffentlichkeit meidend, sind Sie gewachsen still wie der Baum, der ohne das Bedürfniss, sich Geltung zu verschaffen, Blüthen und Früchte trägt; wie ein Mann, der nur durch Pflichtgefühl und Liebe für unsere Disciplin geleitet, im Vertrauen auf die siegreiche Bahn einer ernsten Bestrebung, anspruchslos zwar doch segensreich, nur seinen Aufgaben, seiner Berufung und seinen Ueberzeugungen lebt.

Solcher würdigen Persönlichkeiten bedarf es eben in einer Zeit, wo das ärztliche Ansehen mehr und mehr bedroht erscheint, und wo das Wort des Dichters „Ueberall, wo die Kunst gesunken, ist sie durch die Künstler gesunken“ auf den gegenwärtigen Zustand der Vertreter der Heilkunst eine ganz besondere Anwendung finden dürfte.

Digitized by Google

Von solchen Gefühlen durchdrungen begrüsse ich Sie zu Ihrem 70. Wiegenfeste im Namen der Budapester allgemeinen Poliklinik.

Möge es Ihnen noch lange gegönnt sein, die Früchte reifen zu sehen, die Sie mit so freigiebiger Hand gestreut.

Möge der Dank der so rüstig vorwärts strebenden Ohrenheilkunde in Ihnen immerdar das frohe Gefühl erneuern, dass auch Ihr Wort es war, das die schöne Zeit geweiht hat.

Eine Deputation des „Medicinischen Unterstützungsvereines" unter Führung des Herrn Präses stud. med. Löwenstamm gedachte dankend der Verdienste Gruber's um den Unterstützungsverein und beglückwünschte ihn auf das Herzlichste.

Als letzter in der Reihe der Gratulanten sprach Herr Hofrath Professor Dr. von Schrötter, namens der innig befreundeten Familie von Schrötter, und überreichte der Gattin des Jubilars dessen künstlerisch ausgeführtes Aquarellbildniss.

Herr Hofrath von Schrötter sagte:

Hochgeehrte Herren!

Gerne habe ich Ihnen meinen Hörsaal zur Verfügung gestellt, gilt es doch, einen unserer ausgezeichnetsten Collegen und langjährigen Freund in würdiger Weise zu feiern.

Erlauben Sie mir aber, dass ich jetzt in diesen Räumen, wo sonst nur das ernste Wort einer hehren Wissenschaft erklingt, als letzter Redner auch dem Herzen sein Recht gebe.

Im Namen der Familie Schrötter, welche seit vielen Jahren mit der unseres Jubilars befreundet ist, bitte ich denselben, dieses, sein von Künstlerhand gefertigtes Bildniss anzunehmen und es zunächst seiner verehrten Gemahlin, welche ihm seit 31 Jahren in aufopferndster und achtungsgebietendster Ehe zur Seite steht, zu überreichen, damit es in seinem Hause den ferneren Generationen ein treues Andenken an den heutigen Tag und ein stetes Zeichen der Erinnerung seiner unvergänglichen Verdienste bleibe.

Mir sei der Wunsch gewährt, dass uns noch eine lange Reihe von Jahren der treue Freund und wissenschaftliche Genosse erhalten bleiben möge.

Herr Professor Dr. Josef Gruber hielt hierauf folgende Dankrede:

Hochverehrte Anwesende!
Sehr geehrte Freunde und Collegen!

Wenn einem ernst denkenden Manne im öffentlichen Leben eine Ehrung zu Theil wird, wie sie mir heute erwiesen wird, dann drängt sich ihm unwillkürlich die Frage auf, ob er eine solche Auszeichnung auch wirklich verdient. Auch mich beschäftigt diese Frage, seitdem ich weiss, dass meine verehrten Collegen den heutigen Tag für mich zu einem Festtage gestalten wollen.

Meine hochverehrten Herren! Wenn wir berücksichtigen, was in dem Specialfach, dem ich mein Leben geweiht, vom Beginn meiner ohrenärztlichen Thätigkeit bis zu diesem Augenblick sich zugetragen und was namentlich unsere Wiener Schule darin geleistet hat, so dürfen wir wohl mit einiger Befriedigung auf den Erfolg hinweisen und es ohne Ueberhebung aussprechen, dass keine andere Schule ihr überlegen, und was die Verbreitung unserer Specialwissenschaft betrifft, keine ihr gleichzustellen ist. Die theoretische sowohl wie die practische Ohrenheilkunde wurden eifrig und erfolgreich gefördert, und tausende von Aerzten und Studirenden kamen an unsere Schule, um sich in der Ohrenheilkunde auszubilden. Mit welchem

Digitized by Google

Erfolge dies geschah, beweist wohl am besten der Umstand, dass die meisten der in der alten und neuen Welt wirkenden Lehrer der Ohrenheilkunde, sowie dass die meisten practischen Ohrenärzte Schüler unserer Schule waren.

Die Worte, welche Theodor Billroth in seinem Werke „Lehren und Lernen an den Universitäten" schrieb: „In der Ohrenheilkunde haben die Professoren Gruber und Politzer die grössten Erfolge aufzuweisen", haben bis in die neueste Zeit an ihrer Wahrheit nichts eingebüsst, und wenngleich die Erfolge an den anderen Universitäten sich immer mehr und und mehr steigern, so wird doch unsere Schule nach wie vor von allen Jenen, welche eingehende Studien über Ohrenheilkunde machen wollen, aufgesucht.

Stellen wir nun diesen Erfolg dem gegenüber, dass bis zum Auftreten der noch jetzt an der Schule wirkenden Lehrer der Ohrenheilkunde kein Lehrer dieses Faches an unserer Facultät thätig war, dass in den öffentlichen Krankenhäusern kein Arzt Ohrenheilkunde pflegte, ja, dass zur damaligen Zeit, da die Ohrenheilkunde von vielen Unberufenen geübt wurde, es fast eine Schande war, sich als Ohrenarzt zu bekennen, dann wird wohl Jedermann den grossen Fortschritt einsehen, der sich hier entwickelte.

Fragen wir aber, meine hochverehrten Herren, ob all' das durch einen Einzelnen zu erreichen war, und frage speciell ich mich, ob dies mein Verdienst ist, so muss ich der Wahrheit die Ehre geben und gestehen, dass eine viel grössere Arbeitskraft, als ich aufzubringen vermochte, und auch ein ungleich höher begabter Mann, als ich es bin, nicht im Stande wäre, einen solchen Fortschritt zu Stande zu bringen. Dazu war das Zusammenwirken einer grösseren Anzahl leistungsfähiger, für die Sache begeisterter Männer nöthig, und wenn überhaupt von einem Verdienste die Rede sein kann, so muss ich es zunächst mit dem Manne theilen, der als zweiter Redner von heute so liebevolle, schmeichelhafte Worte an mich richtete; ich muss es mit meinem verehrten Collega Herrn Prof. Politzer theilen, mit dem ich vom Beginne an an unserer Schule wirkte. Wir haben oft hart und unter ungünstigen Verhältnissen gearbeitet, aber mit grosser Arbeitslust, und es bestand ein geistiger Wettbewerb, der, wie ich glaube, der Wissenschaft zum Vortheile gereichte.

Aber auch wir Beide bedurften noch einer vielseitigen Unterstützung, und ich muss zunächst unserer wackeren Assistenten gedenken, welche unter den für Assistenten ungünstigsten Verhältnissen arbeiteten und uns nicht blos werkthätig unterstützten, sondern selbst sowohl zur Förderung der Wissenschaft, als auch zur Verbreitung derselben durch ihr erfolgreiches Lehren beitrugen; nicht zu vergessen auch das Verdienst Derjenigen, welche, so wie Prof. Urbantschitsch, früher Schüler unserer Schule, nunmehr mit weitberühmtem Namen als erfolgreiche Lehrer dieser Schule thätig sind.

In eminenter Weise wurde das Studium der Ohrenheilkunde und auch unsere Schule vom Beginne an gefördert durch weiland Regierungsrath Prof. Theodor Helm, der als Director des k. k. allgemeinen Krankenhauses mein Ansuchen auf Errichtung eines Ambulatorium für Ohrenkranke im allgemeinen Krankenhause auf das Wärmste unterstützte und zu dem Zustandekommen ausserordentlich viel beitrug. Durch diese Institution war uns das Material für die klinische Forschung geboten und ihm verdanken wir zumeist das Bestehen unserer Kliniken. Mit dem grössten Interesse verfolgte Helm unsere Studien und wo immer es ihm möglich war, suchte er der Ohrenheilkunde Geltung zu verschaffen. Sowohl die damaligen Primarärzte, von denen ich hier in weihevoller Erinnerung und Dankbarkeit die Primarärzte weil. Hofrath Steidthartner, Eduard von Jaeger und Carl Haller, sowie den zu unsrer allerhöchsten Freude noch unter uns wandelnden und mit uns thätigen Prof. v. Dittel und Prim. Scholz nennen will, ebenso der jetzige Director, Herr Sanitätsrath Dr. Mucha, und die

Digitized by Google

Herren Abtheilungsvorstände, sowie der jetzige Prosector des k. k. allgem. Krankenhauses, Herr Prof. Dr. Weichselbaum, förderten, wo sie konnten, unsere Studien.

Von Nutzen war uns auch das im k. k. Krankenhause Rudolfsstiftung über Initiative des Herrn Hofrathes von Schrötter, welcher zur damaligen Zeit Primararzt der Anstalt war und durch erfolgreiche Intervention des gewesenen Directors, Herrn Hofrath von Böhm zu Stande gekommene und meiner Leitung anvertraute Ambulatorium für Ohrenkranke. Auch dieses Ambulatorium wurde vom Director der Anstalt, Herrn Sanitätsrath Dr. Ullmann, von den jeweilen Primarärzten, sowie von dem Prosector der Anstalt, Herrn Prof. Dr. Paltauf, mit dem grössten Interesse gefördert.

Unsere Kliniken erfreuen sich des Vertrauens des Publicums, was sich am besten dadurch bekundet, dass die Zahl der an der Klinik Hilfe Suchenden von 161 im Jahre 1861 auf 7000 im letzten Jahre gestiegen ist.

Wenn man bedenkt, welchen Aufwand von Zeit und Arbeit dies erforderlich machte, wird man leicht begreifen, dass dieser Erfolg unserer Schule nicht das Verdienst eines Einzelnen sein kann. Und wenn Sie dennoch, meine hochverehrten Herren, heute mir diese Ehrung erweisen, so kann ich darin nur Ihr gütiges Wohlwollen mir gegenüber erkennen, muss aber diese Auszeichnung auch auf alle Jene übertragen, die neben und mit mir thätig waren. Es stimmt dies meine Dankgefühle Ihnen gegenüber durchaus nicht herab, sondern erhöht noch meine Dankespflicht, denn in der Wissenschaft kann nur der sich seines Erfolges wahrhaft erfreuen, dem auch der Erfolg Anderer Freude bereitet, und indem ich auch die Ehrung meiner Collegen und Mitarbeiter als eine auch mir speciell erwiesene anerkenne, ist meine Dankespflicht gewiss nur erhöht.

Meine hochverehrten Herren! Wenn die wissenschaftliche Thätigkeit sich erfolgreich entwickeln soll, bedarf sie heutzutage, wo die Forschung nicht blos geistige, sondern auch grosse materielle Anforderungen stellt, kräftiger materieller Unterstützung. Dieser Bedarf ist ein derartiger, dass ihn ein Privatmann gar nicht aufbringen kann. Namentlich die medicinische Wissenschaft, welche weder mit der Theorie allein, noch mit der Praxis allein ihr Auslangen hat, bedarf eines Schutzes und einer Unterstützung, die weit über das Maass geht, das der Privatmann herbeischaffen kann. Auch unsere Specialwissenschaft, die Ohrenheilkunde, bedurfte eines solchen Beistandes, und mit dankerfülltem Herzen spreche ich es ehrfurchtsvoll aus, dass uns dieser Schutz und diese Förderung von unserem erhabenen Monarchen, unserem allergnädigsten Kaiser, diesem mächtigen und gütigen Beschützer und Förderer der Kunst und Wissenschaft, zu Theil wurde. Die Geschichte der Ohrenheilkunde wird es in goldenen Lettern verzeichnen, dass die erste Ohrenklinik der Welt hier in Wien unter der glorreichen Regierung unseres erhabenen Monarchen errichtet wurde und dass alle anderen Kliniken der neuen und alten Welt erst später gefolgt sind. Ich bin zu arm an Worten, um den Dank auszudrücken, der dieser kaiserlichen That angemessen wäre; denn erst mit der Errichtung der Ohrenkliniken ist der practischen, ganz besonders der operativen Ohrenheilkunde Terrain geschaffen worden und sie hat diesen Boden mit Erfolg bebaut.

Aber auch die Behörden, namentlich Se. Excellenz der Minister für Cultus und Unterricht, Freiherr von Gautsch, steht unserer Schule wohlwollend zur Seite. Die äusseren, besonders die räumlichen Verhältnisse unserer Kliniken sind wohl sehr nothleidend, auch die Stellung der Lehrer der Ohrenheilkunde an der Facultät ist noch lange nicht ihrer Leistung entsprechend, aber ich bin überzeugt, dass Se. Excellenz von dem Wunsche beseelt ist, den Mängeln abzuhelfen, und dass es bei der ersten sich darbietenden Gelegenheit geschehen wird. Ich gebe mich gern der Hoffnung hin, dass in der neuen Studienordnung der Ohrenheilkunde jener Platz ein-

Digitized by Google

geräumt wird, welcher ihr bei ihrer Wichtigkeit für die leidende Menschheit gebührt.

Habe ich mich bis jetzt mit dem uns gewordenen Schutze und der Unterstützung von Seiten der Lebenden beschäftigt, so gestatten Sie mir noch zum Schlusse, in pietätvoller und dankbarer Erinnerung Jener zu gedenken, welche leider nicht mehr unter uns weilen, und die sich um unsere Schule hochverdient gemacht. Zunächst gedenke ich hierbei jenes Professoren-Collegiums, das zu Beginn unserer Thätigkeit wirkte und unsere Studien zu fördern bestrebt war.

Aus jener Zeit sei hier Allen voran unser Grossmeister Rokitansky genannt, welcher uns mit der grössten Liberalität nicht nur das anatomische Material zur Verfügung stellte, sondern in der grössten Liebenswürdigkeit mit seinem wissenschaftlichen Rathe zur Seite stand. Für die kleinste Errungenschaft in unserer Doctrin interessirte er sich und hatte Freude daran, und als später über Initiative weiland v. Hebra's das Professoren-Collegium die Errichtung einer Ohrenklinik beantragte, war es Rokitansky, welcher die Wichtigkeit derselben erkannte und sich mit seiner ganzen Autorität für deren Entstehung einsetzte. Nach ihrem Zustandekommen wurde seine Freude nur dadurch etwas getrübt, dass sie nicht jene zweckmässige Einrichtung erreichen konnte, wie er es wünschte.

Männer wie Skoda, Oppolzer, Schuh, Arlt, Hyrtl, Brücke, v. Sigmund u. A. waren unsere Gönner und ihrer Aller sei in dieser Stunde dankbarst und pietätvoll gedacht. Die Geschichte der Ohrenheilkunde wird diese Namen hochhalten.

So, meine Hochverehrten, wurde von vielen Seiten zu dem Erfolge verholfen, den unsere otiatrische Schule aufweist. Allen diesen Gönnern muss ich mehr als mir selbst die hohe Ehrung zuweisen, die Sie, meine Hochverehrten, mir in der letzten Zeit und so auch heute, an diesem schönsten Tage meines Lebens, mir zukommen liessen. Ich finde keinen Ausdruck, der mein Dankgefühl Ihnen gegenüber ausdrücken könnte; gewiss aber wird dieses Dankgefühl nur mit meinem letzten Athemzuge enden. Ganz besonders danke ich auch allen jenen Corporationen, welche sich an dieser Feier durch Deputationen vertreten liessen.

Und nun gönnen Sie mir noch zum Schluss einen heissen Wunsch in Worte zu kleiden: Unsere Alma mater Vienensis, der ich meine Ausbildung verdanke, und in ihr die otiatrische Schule, an deren Zustandekommen ich mitgewirkt, sie leben hoch! Vivant, crescant, floreant!

Am Abende vereinte die Theilnehmer an der Feier ein fröhliches Bankett im Hotel Meissl und Schadn, wo manch' trefflicher Trinkspruch bei schäumendem Wein auf das Wohl des Jubilars, seiner verehrten Gemahlin und Familie gehalten wurde.

Für das Comité.

v. Schrötter. Politzer. Alt.

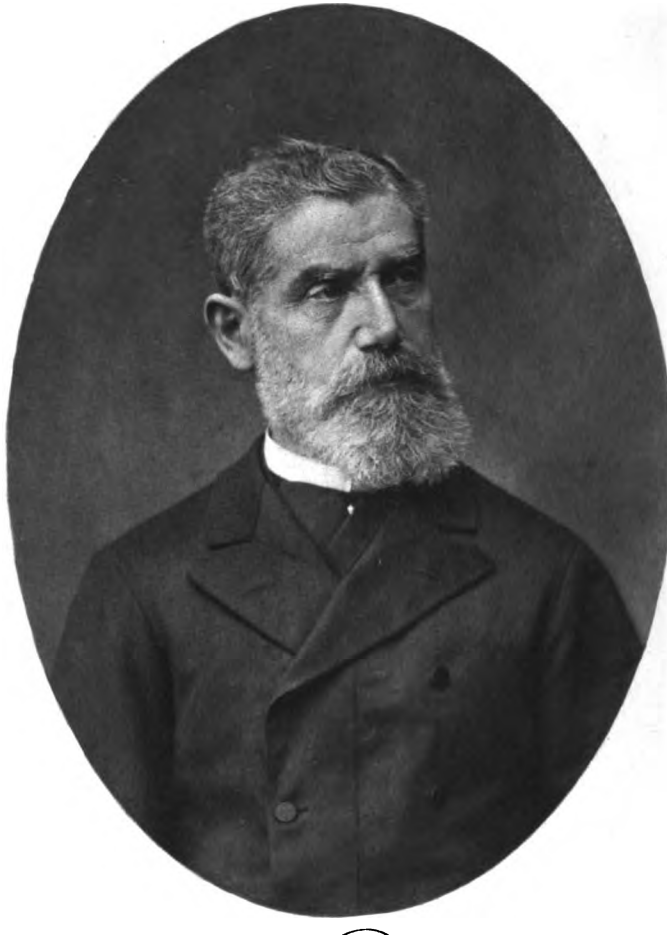
Alle für die Monatsschrift bestimmten Beiträge und Referate sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 26.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fr. Luckhardt Wien phot.



geb. 4. August 1827.

Verlag v. O. Cabiontz Berlin W

Photogr. u. Kupferdr. Meisenbach Riffarth & Co Berlin.

Digitized by Google

DEN FREUNDEN UND VEREHRERN

DES HERRN

PROFESSOR Dr. JOSEF GRUBER

O. Ö. PROFESSOR UND VORSTAND
DER KLINIK FÜR OHRENKRANKHEITEN
A. D. UNIVERSITÄT WIEN

ZUR ERINNERUNG AN DEN 4. AUGUST 1897.

GEWIDMET

VOM VERLAG DER

MONATSSCHRIFT FÜR OHRENHEILKUNDE
(OSCAR COBLENTZ) IN BERLIN W. 35.

Digitized by Google

Digitized by Google

Wenn der Wanderer ein gut Stück seines Weges zurückgelegt und etwa eine Anhöhe erreicht hat, hält er inne und blickt zurück, im Geiste die überwundene Strecke durchmessend. Und, neue Kraft sammelnd, wendet er seine Blicke vorwärts, bis er, rüstig weiter wandernd, glücklich das erstrebte Ziel erreicht hat.

Im Lebenswege der Menschen bieten sich im Allgemeinen solche Halte- und Wendepunkte durch den Abschluss gewisser Lebensperioden; ganz besonders jedoch in dem Leben von Männern, welche durch die reiche Thätigkeit ihres Schaffensdranges eine hohe Stelle, weiten Wirkungskreis und grossen Einfluss sich errungen.

In eines solchen Mannes Leben ist dieser Haltepunkt nun eingetreten:

Professor Dr. Josef Gruber hat das 70. Lebensjahr vollendet. Da mag sich unser Blick zurückwenden,

Digitized by Google

dieses inhaltsreiche Leben — soweit es dessen akademische Bahn betrifft — zu überschauen.

Josef Gruber, am 4. August 1827 zu Kosolup in Böhmen geboren, absolvierte die medicinischen Studien an der Wiener Universität und wurde daselbst 1855 zum Doctor promoviert. 1855—1860 bildete er sich im k. k. allgem. Krankenhause practisch aus.

Schon während seiner secundarärztlichen Dienstzeit an verschiedenen Abteilungen des Krankenhauses griff Gruber zur Feder und schrieb über chirurgische und dermatologische Themata, so z. B.: „Ueber Harnblasenzerreissung" (Med. Jahrb. der k. k. Gesellsch. d. Aerzte, Wien 1857) — „Ueber den organischen Stoffwechsel syphilitisch Erkrankter unter dem Gebrauche von Mercurialmitteln" (ibid. 1859) — „Zur Pathologie der Hoematokele" (ibid. 1859) u. a., — während er sich gleichzeitig auch autodidaktisch mit Ohrenheilkunde, zu der sich Gruber schon damals besonders hingezogen fühlte, beschäftigte und immer mehr auf diesem Specialgebiete arbeitete und publicierte. Auf Grund dieser Arbeiten habilitierte sich Gruber im Jahre 1863 als Privatdocent für Ohrenheilkunde und wurde Ohrenarzt des k. k. allgem. Krankenhauses, als welchem ihm für ein otiatrisches Ambulatorium zwei Zimmerchen zugewiesen wurden in der rechten Ecke des ersten Hofes, einer für die Geschichte der Ohrenheilkunde gewiss auch „historischen Ecke". Denn

Digitized by Google

hier begann Gruber's erfolg- und segensreiche Lehr- und practische ohrenärztliche Thätigkeit erst recht, und in den verschiedensten med. Zeitschriften erschienen nun Artikel seiner reichen klinischen Beobachtung und über neue Heilmethoden. 1867 publicierte Gruber die bedeutsame Monographie: „Anatomisch-physiologische Studien über das Trommelfell und die Gehörknöchelchen", in welcher er wichtige neue Befunde niederlegte, auf die sich später Helmholtz in seiner „Mechanik der Gehörknöchelchen" bezog. —

Dann erfolgte die Gründung der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde" durch Gruber im Vereine mit v. Schrötter, Rüdinger, Voltolini und Weber-Liel, welche seitdem als angesehenes und wichtiges Publicationsorgan für dieses Gebiet und das der verwandten Specialitäten der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten functioniert. — 1870 erschien Gruber's grosses „Lehrbuch der Ohrenheilkunde". Diese so wertvollen Leistungen fanden auch ihre Anerkennung darin, dass Gruber 1870 zum ausserordentlichen Professor ernannt wurde. Seinem rastlosen Streben gelang es auch endlich — Dank dem Wohlwollen und der Einsicht der grossen Männer im Professoren-Collegium —, dass für die Ohrenheilkunde im Jahre 1873 eine eigene Stätte systemisiert, die otiatrische Universitäts-Klinik errichtet wurde, für deren Männer-Abteilung (11 Betten) Gruber als Vorstand

Digitized by Google

ernannt worden, während die Weiber-Abteilung Herrn Prof. Politzer als klin. Vorstande zufiel.

Anstossend an die Klinik befindet sich ein Arbeitsstübchen, in das sich Gruber, nachdem Vorlesung und Ambulatorium abgehalten sind, zu stiller und emsiger Arbeit zurückzieht, als deren Frucht eine stets sich mehrende Sammlung instructiver und interessanter anatomischer, pathologisch-anatomischer und hystologischer Gehörorgans-Präparate hervorging, welche mit anderen Unterrichts- und Studienzwecken dienenden Apparaten und Behelfen eine schöne Anlage für ein reichhaltiges Museum bilden.

Rüstig und mit unablässigem Fleisse arbeitete Gruber die Jahre hindurch mit und an dem Ausbau und Fortschritt unseres Specialfaches, doch würde es zu weit führen, wollten wir hier seine Arbeiten einzeln anführen. 1888 erschien Gruber's Lehrbuch der Ohrenheilkunde in zweiter Auflage und später eine Ausgabe desselben in englischer Sprache. Neben den alljährlichen Berichten aus dem Ambulatorium im k. k. allgem. Krankenhause, welche sehr reichliches statistisches Material und eine Fülle interessanter Casuistik enthalten, sind an 150 Aufsätze von ihm veröffentlicht, und es giebt kein Gebiet der Ohrenheilkunde, das dem Schaffen Gruber's nicht Wesentliches verdankt, wie es auch nur wenige Nummern der Monatsschrift für Ohrenheilkunde geben dürfte, in denen sich nicht eine Arbeit Gruber's vorfände.

Digitized by Google

Und wenn wir von seinen Hörern und Patienten sprechen sollten, möchten wir fast mit dem Dichter fragen: „Wer zählt die Völker, nennt die Namen?“ — Von allen Ländern, von allen Seiten kamen sie; die Zahl der ersteren reicht wohl weit ins zweite Tausend, und das klinische Ambulanten-Protokoll verzeichnet zur Zeit No. 91000.

Im Eifer für die Ohrenheilkunde gründete Gruber zur Förderung des wissenschaftlichen Strebens und der Collegialität unter den Ohrenärzten die österreichische otologische Gesellschaft, zu deren erstem Vorsitzenden er gewählt wurde.

Gruber's vielseitiges und wahrhaftiges Wirken fand denn auch Anerkennung. Er ist Besitzer des goldenen Verdienstkreuzes mit der Krone, Commandeur des kgl. griechischen Erlöser-Ordens, Mitglied mehrerer gelehrter in- und ausländischer Vereine. Im Jahre 1896 erhielt er den Titel ordentlicher ö. Professor und wurde vor kurzem mit dem Orden der eisernen Krone ausgezeichnet.

So ist Gruber ein Mann von festgefügtem, bewährtem Charakter, ernstem, wissenschaftlichem Streben in musterhaftem Fleisse und unentwegter Pflichttreue, ein humaner Arzt und gewissenhafter Lehrer, frei von eitler Popularitätssucht und verdankt, was er an Erfolgen erreicht hat, meist dem eigenen Wirken und Schaffen.

Von dem Unterrichts-Ministerium wurde Gruber noch

Digitized by Google

das sogen. Ehrenjahr bewilligt; aber wiewohl an der Schwelle des Greisenalters ist Gruber noch mit ungeminderter Geistesfrische und jugendlicher Kraft in voller Berufsthätigkeit. Es macht einen erhebenden Eindruck, Gruber in seiner Klinik unter der Menge der ambulanten Kranken, die mit unerschütterlichem Vertrauen, ganzer Hingebung und ehrfurchtsvollem Blick zu ihm, Hilfe und Rettung erhoffend, aufschauen, ordinieren — vor seinen zahlreichen Schülern docieren — und umgeben von einem Stabe geschulter Aerzte, am Operationstische auch den neuesten Heilmethoden, der sogen. Radicaloperation, obliegen zu sehen.

Welche Sympathien er im Kreise seiner Schüler, Freunde und Verehrer geniesst, mag daraus hervorgehen, dass dieselben dem um die Entwickelung der Ohrenheilkunde so hochverdienten Manne ihre Verehrung durch festliche Ueberreichung einer Bronceplaquette mit dem Reliefbildnis des Jubilars zum Ausdruck bringen.

Uns drängt es, dem Begründer, Redacteur und fleissigsten Mitarbeiter der Monatsschrift für Ohrenheilkunde den Zoll innigsten Dankes und hoher Verehrung in diesen Zeilen niederzulegen. Möge es dieser Zeitschrift noch lange vergönnt sein, mit Gruber's Namen und Feder geziert zu werden!

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. M. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Prof. Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schaprinzer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. Berlin, November 1897. No. 11.

I. Originalien.

Rachenmandel und Ohr.

Von

A. Barth, Leipzig.

(Nach einem Vortrag am 21. September 1897 in der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte.)

M. H.! Bei unserer Pfingstversammlung zu Dresden hielt Herr College Beckmann einen Vortrag über Rachenmandel und Ohr. Die Discussion war eine ziemlich lebhafte und wäre wohl noch ausgedehnter gewesen, wenn mehr Zeit zur Verfügung gestanden hätte. Ich hatte mir deshalb sofort vorgenommen, das Thema heute wieder zur Sprache zu bringen, umsomehr, als ich glaube, auch selbst einige neue Gesichtspunkte dazu anfügen zu können.

Der erste Punkt betrifft die Stellung der Diagnose, den College Beckmann bei seinem ausserordentlich hohen Procentsatz von operirten

Digitized by Google

Rachenmandeln eingehender hätte besprechen sollen. Am meisten wird wohl die Existenz einer Rachenmandel nachgewiesen durch Tasten mit dem Finger. Mancher begnügt sich auch mit der Feststellung der mehr oder weniger häufigen Folgen der hypertrophischen Rachenmandel. Ich ziehe es vor, die Diagnose grundsätzlich in erster Linie durch's Auge, also durch Rhinoscopia anterior und ev. auch posterior zu stellen. Dazu habe ich verschiedene Gründe: Zunächst benutzen wir zur Untersuchung der Kranken mit Ausnahme des Geschmacks alle Sinnesorgane, in erster Linie aber immer das Auge, weil wir wohl die Empfindung haben, dass dieses uns die zuverlässigste und auch die vielseitigste Auskunft giebt. Weshalb sollen wir da bei der Feststellung der Rachenmandel den Gesichtssinn bei Seite lassen? Dann sollten gerade wir die Untersuchung mit dem Auge anderen Methoden voranstellen, weil bei ihr Voraussetzung ist, dass man in der Untersuchung der Nase schon Uebung haben muss, wenn man etwas erkennen will. Und schliesslich, als Wichtigstes, die Untersuchung vermittelst des Auges ist die schonendste und dem Patienten am wenigsten unangenehme von allen in Betracht kommenden Methoden.

Bei der Rhinoscopia posterior kann man zwar stets sehen, ob eine Rachentonsille vorhanden ist, ob sie einen mehr papillären oder lappenförmigen Bau besitzt oder ein derbes Stück Gewebe bildet mit einzelnen Crypten, ähnlich wie die Gaumenmandeln. Aus dem Bau kann man etwas auch auf die Festigkeit schliessen. Die papillären sind gewöhnlich die weichsten. Man kann auch erkennen, wie breit sie aufsitzen und ob seitliche Verwachsungen bestehen, ob die Oberfläche glatt oder höckerig ist. Mehr ist aber nicht zu erreichen. Vor Allem erlaubt die Rhinoscopia posterior kein Urtheil über die Grösse, also Höhe der Tonsille, wenn sie nicht etwa beim Heben des weichen Gaumens schon hinter diesem hervorsieht, noch über die Störungen, welche ihr Vorhandensein auf die Function des Nasenrachenraumes und der diesem benachbarten Theile ausübt. Da sie von unten nach oben hängt, wird sie beim Anblick perspectivisch verkürzt; da sie meist mit breiterer Basis aufsitzt und sich kegelförmig verjüngt, sieht man recht häufig die Choanen, ebenso die Tuben frei, trotzdem in Wirklichkeit die Erscheinungen der behinderten Nasenathmung und der Verlegung der Tuben bestehen. Da im Uebrigen die Rhinoscopia posterior vor Allem bei Kindern verhältnissmässig schwieriger auszuführen ist, als die anterior, wird man sich im Wesentlichen auf letztere beschränken können. Nach meinen Beobachtungen gelingt es auch bei Kindern nur ausnahmsweise nicht, wenigstens auf einer Seite durch den unteren Nasengang einen Einblick bis in den Nasenrachenraum zu gewinnen. In den wenigen Fällen muss vor der Untersuchung, besonders wo habituelle Mundathmung besteht, erst gut ausgeschnäuzt werden. Dabei ist es gut, den Patienten sofort die Art des richtigen Schnäuzens beizubringen, es möchte anderen Falls das operative Freimachen der Nase und des Pharynx seinen Zweck nicht erfüllen. Das Bild, welches das Nasenlumen nach hinten abschliesst, kann nun ein verschiedenes sein. Wenn das Auge bis in den freien Nasenrachenraum dringt, so sieht man als Abschluss eine ebene Schleimhautfläche, vielleicht mit einzelnen Lichtreflexen oder mit Secret bedeckt. Es ist aber selbst für den

Digitized by Google

Geübten manchmal schwer, aus diesem Bild mit Bestimmtheit zu sagen, dass die hintere Rachenwand und nicht etwas Anderes vorliegt. Deshalb lässt man phoniren, am besten K, oder einen Schlingact ausführen, und sofort wird man am Nasenboden sich den weichen Gaumen heben und den unteren Theil der hinteren Rachenwand verdecken sehen, um im nächsten Augenblick wieder unter dem Nasenboden zu verschwinden. Sieht man den Gaumen sich nicht heben — Gaumensegellähmung oder Verwachsung wird mit Leichtigkeit festzustellen sein — so kann man annehmen, dass der Nasenrachenraum von Massen eingenommen ist, welche ein Heben des Gaumens verhindern. Ist eine grosse Rachentonsille vorhanden, die bis unter den Nasenboden herabreicht, so ist die Tiefe der Nase für den Blick in ähnlicher Weise abgeschlossen, wie bei freiem Nasenrachenraum. Nur wird dem Geübteren fast immer sofort auffallen, dass die hintere Wand dem Auge viel näher erscheint, auch bietet sie meist mehr Lichtreflexe. Lässt man schlucken, so bewegt sich die ganze Masse hin und her, die Lichtreflexe verändern und verschieben sich, der Gaumen erscheint am Nasenboden nicht. Das ganze Bild ist so characteristisch, dass es Jedem leicht wieder auffällt, wer es einmal gut gesehen hat. Bestehen doch noch Zweifel, so kann man mit einer angewärmten Sonde durch die Nase, ohne die seitliche Schleimhaut zu berühren, bis an die hintere Wand gehen und ihre Consistenz und Verschiebbarkeit abtasten. Es ist diese Untersuchung auch Kindern kaum unangenehm. Man kann so mit Leichtigkeit die feste und glatte hintere Rachenwand von der zwar mehr oder weniger weichen, aber doch immer ein polsterähnliches Gefühl gebenden Rachenmandel unterscheiden. Man kann letztere auch bei nicht zu empfindlichen Patienten leicht von unten her auf die Sonde aufladen und ein Stück hochheben.

Verschliesst die Rachenmandel nicht die ganze, sondern nur einen Theil der Choane, so ist die Diagnose wesentlich leichter. Man sieht dann in den meisten Fällen die untere Grenze derselben sich als scharfe Linie abheben; der Theil über dieser Linie, die Rachenmandel, ist dem Auge näher, heller beleuchtet, rosaroth; der Theil unterhalb, die hintere Rachenwand, stärker beschattet. Je kleiner dieser Raum ist, um so mehr nähert sich seine Farbe dem Schwarz. Beim Phoniren oder Schlucken hebt sich der Gaumen über den Nasenboden und legt sich für einen Augenblick gegen den unteren Rand der Rachenmandel an, diese drückend und verschiebend, um bald darauf wieder zu verschwinden. Dies eben geschilderte Bild ist bei vorhandener Rachenmandel bei Weitem das häufigste. Nur kann sie fast bis zum Nasenboden herabreichen, nach diesem hin nur einen schmalen Spalt lassend, sie kann die Choane zu $^3/_4$, $^2/_3$, $^1/_2$ und weniger verlegen. Jedenfalls kann man sich bei der Rhinoscopia anterior sehr gut ein Urtheil über die Grösse, d. i. Höhe der Rachenmandel bilden. In manchen Fällen ist ihre untere Fläche mit Schleim bedeckt, so dass dadurch die scharfe Abgrenzung verwischt wird. Aber mit einiger Uebung gelingt es auch hier zur Diagnose zu kommen, auch wenn der Schleim durch kräftiges Schnäuzen sich nicht genügend entfernen lässt.

Man kann also bei der Rhinoscopie, und besonders bei der vorderen Rhinoscopie nicht nur mit ziemlicher Leichtigkeit eine Rachenmandel

Digitized by Google

diagnosticiren, sondern man kann sich auch ein Urtheil bilden über die Grösse und Form, etwas auch über die Consistenz, und schliesslich kann man sich auch ein Bild machen über ihr Verhalten zum Nasenrachenraum und seinen Theilen, d. h. also über ihren störenden Einfluss auf die Athmung und die Function der Tube. Ich stelle darum diese Untersuchungsmethode allen anderen voran und halte, wo sie auszuführen ist, das Abtasten mit dem Finger fast immer für überflüssig. Will Jemand dasselbe trotzdem zur Vervollständigung der Diagnose ausführen, so kann man ihm natürlich daraus keinen Vorwurf machen. Sicher kann es aber nicht an die Stelle der Untersuchung mit dem Auge treten und diese dadurch überflüssig erscheinen. Ich selbst untersuche mit dem Finger recht selten, greife viel eher in den wenigen Fällen, wo ich eine Rachentonsille annehmen muss, ohne dass ich sie in Folge der ungünstigen anatomischen Verhältnisse bei der Rhinoscopie sehen kann, gleich zu dem Ringmesser. Das Abtasten und Entfernen erfolgt dann in einem Act. Es kann da allerdings passiren, dass keine Rachentonsille vorhanden ist, das passirt aber in diesen Fällen so gut wie nie, dagegen ist sie öfter kleiner, als man vorausgesetzt hat.

Ich will nun im Folgenden kurz angeben, wie häufig unter meinen Patienten in Leipzig Rachentonsillen gefunden wurden, und in welchem Verhältniss sie zu den Ohrenerkrankungen standen. Dabei muss ich vorausschicken, dass ich bei meiner Thätigkeit in Leipzig sehr bald die Empfindung hatte, als seien hier die Rachentonsillen viel häufiger, wie in Breslau und Marburg, ja, auch wie in Berlin. Doch will ich zugeben, dass ich während meiner Berliner Thätigkeit vielleicht noch nicht so sehr auf den Nasenrachenraum achtete, wie später, obwohl ich seine Bedeutung für das Ohr schon immer gewürdigt habe.

In der Zeit vom 26. October 1896 bis zum 9. September 1897 wurden in der Leipziger Poliklinik rund 2000 Kranke behandelt. Davon waren ohrenleidend: 808. Rachentonsillen sind notirt 202. Davon waren im Alter bis zu 5 Jahren 36, bis zu 10 Jahren 79, von 10 bis 15 Jahren 51, und über 15 Jahre alt 36. Von diesen klagten 110 über Behinderung der Nasenathmung, 44 über Schwerhörigkeit. Von den 202 Kranken mit Rachenmandel litten 8 an beiderseitiger, 9 an einseitiger Ohreneiterung; 19 an Einziehung des Trommelfelles beiderseits, 8 einseitig; 9 hatten Narben in beiden Trommelfellen, 6 in einem. Es litten also 29 bis 30 pCt. der Patienten mit Rachenmandeln an Erkrankungen des Mittelohres, wie sie im Allgemeinen als Folgezustände der hypertrophischen Rachenmandel angesehen werden. Als operirt sind von den 202 Fällen 151 bezeichnet. Zu diesen Zahlen sind einige Bemerkungen nothwendig. Es liegt auf der Hand, dass bei einer poliklinischen Thätigkeit leicht einmal die wünschenswerthe Genauigkeit der Krankengeschichte etwas leidet. Da wir uns aber wenigstens bemühen, in jedem einzelnen Falle das Wichtigste zu notiren, so kann der Fehler bei uns nicht gross sein. Immerhin glaube ich selbst, dass die oben angeführten Zahlen um weniges höher, jedenfalls nicht niedriger sein müssten. Am wenigsten entspricht nach meinem Dafürhalten das Verhältniss der operirten zu den nicht operirten Rachenmandeln 3 : 1. Sicher ist bei manchen, wo die Operation nicht gleich bei der ersten Consultation

Digitized by Google

ausgeführt wurde, nachträglich vergessen worden, sie in der Krankengeschichte nachzutragen. Doch will ich hier ausdrücklich erwähnen, dass ich mehrfach zweifellos constatirte hypertrophische Rachenmandeln nicht entfernt habe, wenn sie keine der bekannten Folgeerscheinungen nach sich zogen. Doch pflegten solche Rachenmandeln selten mehr als die Hälfte der Choanalöffnungen zu verdecken. Während ich in den anderen Fällen aber, wo Folgeerscheinungen da sind, um so energischer auf ihre Beseitigung dringe. Ich operire am liebsten mit dem Gottstein'schen Ringmesser in der Beckmann'schen Modification, Reste, welche nahe hinter den Choanen ev. stehen geblieben sind, mit der kalten Schlinge von vorn durch die Nase.

So wie es Fälle mit Rachenmandeln giebt, wo letztere gar keine Erscheinungen machen, so dass man ihre Entfernung wohl aus irgend einem Grunde als erwünscht, sicher aber nicht als nothwendig bezeichnen kann, so beobachtet man nicht selten Kranke, welche Erscheinungen von Verlegung der oberen Luftwege, also u. A. auch von hypertrophischer Rachenmandel, bieten, ohne dass bei eingehender Untersuchung eine materielle Grundlage für diese Erscheinungen zu finden ist. Meist muss man in diesen Fällen wohl annehmen, dass früher einmal für längere Zeit eine Verlegung der Nasenathmung bestanden hat, in Folge deren habituelle Mundathmung zurückgeblieben ist, die sich die Meisten so leicht nicht wieder abgewöhnen können. Aehnlich geht es in den Fällen, wo durch operativen Eingriff die oberen Athemwege genügend frei gemacht worden sind. Oft ist auch hier die Nase noch verlegt, nicht durch Gewebe, sondern durch Schleim, der nicht empfunden und darum auch nicht ausgeschnäuzt wird, weil eben die Athmung durch den Mund fortbesteht. Dieser Schleim wirkt aber für viele Functionen ebenso, wie wenn eine Verlegung durch Gewebe bestände: so auf die Athmung, den Geruch, die Sprache, das Mittelohr. Wenn aber einmal habituelle Mundathmung besteht, so können die oberen Luftwege auch wirklich ganz frei sein, und es wird diesen Individuen doch schwer, wieder durch die Nase zu athmen, nicht nur wegen der gewöhnten Muskelstellung, in welcher der Unterkiefer herabhängt, sondern wegen eines Gefühles von Luftmangel, das bei dem Versuch, durch die Nase zu athmen, sich geltend macht. Nach dem, was mir oft von solchen Leuten geschildert ist, muss das eine Empfindung sein ähnlich der, wie sie ein Nasenathmer hat bei acuter Verlegung der Nase durch Catarrhe u. A. Er wacht sogar Nachts aus dem Schlafe auf durch das Gefühl von Luftmangel. Ich halte es nicht für unwahrscheinlich, dass für diese Fälle sich die Erscheinung umkehrt, dass bei Athmung durch die Nase der Gaswechsel in den Lungen ein ausgiebigerer ist, als wenn durch den Mund geathmet wird. Auffallend ist es mir in einzelnen Fällen erschienen, dass nasale Sprache bestand, trotzdem Nase und Pharynx bei der Untersuchung frei befunden wurden. Ich kann mir diese Erscheinung nur erklären durch eine abnorme Gaumencontraction während des Sprechens.

Bei Abtragung der Rachenmandel mit dem Ringmesser wird diese nun entweder glatt ganz abgetrennt, oder sie bleibt in einem Schleimhautfetzen hängen und reizt nun im unteren Theile des Pharynx zum Husten und Würgen. Diese unvollständige Abtrennung wird aber mit

Digitized by Google

zunehmender Uebung immer seltener vorkommen. Die herabhängende Mandel ist übrigens mit einer einfachen Drahtschlinge immer ausserordentlich leicht zu entfernen. Nur dass man die Uvula nicht mitfasst, ist zu beachten. Ist die Mandel glatt abgeschnitten, so kommt sie entweder beim Zurückziehen des Messers mit heraus, oder sie wird kurz darauf ausgespien; sie kann in den unteren Theil des Pharynx fallen und mit einer Husten-Würgebewegung ausgeworfen oder auch verschluckt werden, oder endlich, sie wird noch eine gewisse Zeit im Naso-Pharynx oder auch in der Nase zurückgehalten. In letzterem Falle ist dann manchmal die Nase jetzt mehr verstopft, als vor der Abtragung. Durch Schnäuzen entleeren sich Lappen und Zapfen der Rachenmandel. Bildete sie aber einen festeren Tumor, so kann dieser wegen seiner Grösse nicht durch die Nase herausbefördert werden. Er legt sich gewöhnlich ziemlich fest in die eine hintere Nasenöffnung. Bläst man mit dem Politzer'schen Ballon kräftig in den entsprechenden Nasengang Luft, so wird dieser frei und oft sofort der andere verlegt. Dieses Spiel lässt sich manchmal mehrfach hin und her wiederholen, bis der losgetrennte Tumor im Pharynx herabfällt und durch den Mund herausbefördert wird. Aus dieser Schilderung geht hervor, was man durch die Rhinoscopie nicht so gut erkennen kann, dass die Rachenmandel, besonders wenn das Gewebe weich und leicht beweglich ist, durch die Contraction des weichen Gaumens leicht zusammengedrückt wird und auszuweichen sucht, wo Raum frei ist. Auch wird der Gaumen durch Fremdkörper im Nasenrachenraum, auch durch die Rachenmandel sicher in einen reflectorischen Spannungszustand versetzt.

Aus der ganzen vorstehenden Schilderung lässt sich entnehmen, dass in vielen Fällen die digitale Untersuchung ein richtiges Bild nicht geben kann, weil die Rachenmandel dem tastenden Finger ausweicht. Ausserdem wird es auch leicht begreiflich, weshalb gerade der vordere Theil der Tonsille bei der Exstirpation so leicht stehen bleibt, er drückt sich eben während des Actes der Exstirpation in die Choanalöffnungen, ganz abgesehen davon, dass die Breite des Messers auch leicht ein Stück stehen lässt. Diesen Rest, der übrigens mit zunehmender Uebung in der Führung des Messers auch immer seltener stehen bleibt, sieht man durch die Nase sehr leicht, wenn man bald (wenige Tage) nach der Operation wieder untersucht. Dass nach der Entfernung der Rachenmandel so häufig wirkliche Recidive vorkommen, wie es nach den Angaben einiger Autoren der Fall sein müsste, ist mir unwahrscheinlich, bis in überzeugender Weise das Gegentheil nachgewiesen wird.

Nun noch einige Worte über das Verhalten der Rachenmandel zur Paukenhöhle: Bis jetzt wird meines Wissens allgemein angenommen, dass der sogen. trockene Mittelohrcatarrh hervorgerufen werde durch allmähliche Resorption der Luft in der Paukenhöhle, welche wegen der Verlegung der Tube nicht ersetzt werden kann. Es kommt aber bei Verlegung der Nase und besonders auch bei Vergrösserung der Rachenmandel ein anderer Factor hinzu, der mir der wichtigere und zugleich der häufigere zu sein scheint: Während jeden Schlingactes legt sich nicht nur der hintere Rand des weichen Gaumens an die hintere Rachenwand an, um den Naso-Pharynx vom oralen Theil abzuschliessen, sondern das Gaumensegel selbst hebt sich in hohem Bogen,

Digitized by Google

um in manchen Fällen mehr als die halbe Höhe der Choanen zu erreichen. Es ist klar, dass durch diese Muskelthätigkeit eine weiche Masse, die etwa sich im Nasenrachenraum befindet, nach allen Seiten den Choanen, Tubenöffnungen u. s. w. ausweicht und diese Oeffnungen verschliesst, so dass während eines jeden Schlingactes der Verschluss dieser Theile für das Eindringen der atmosphärischen Luft ein vollständiger ist, trotzdem bei der Rhinoscopia posterior, d. i. also bei erschlafftem Gaumen, Tuben und Choanen trotz der vergrösserten Rachenmandel völlig frei erscheinen. Zu dieser Verlegung kommt aber nun noch eine ansaugende Wirkung, welche der Gaumen ausübt, während er wieder in seine Ruhelage zurückgeht: erst senkt sich nämlich das Gewölbe des Gaumens beträchtlich, ehe sein hinterer Rand von der hinteren Rachenwand sich löst. Mit jedem Schluckact wiederholt sich natürlich diese saugende Wirkung, welche sicher auch die Paukenhöhle mehr schädigt, wenn im übrigen die Tube frei, als wenn sie durch Schwellungszustände verlegt wird. Die eben geschilderten Vorgänge erklären es auch, warum manchmal plötzlich, vor Allem, wenn nach Lufteinblasung eine herabgesetzte Hörfähigkeit sehr gebessert war, wie mit einem Schlage Schwerhörigkeit, subjective Geräusche u. s. w. sich wieder einstellen. Aus dem Gesagten geht weiter hervor, dass die vergrösserte Rachenmandel nicht allein das schädigende Moment bildet, sondern dass dieses abhängig ist vom Grössenverhältniss des Nasenrachenraumes zur Rachenmandel, von der Form, Consistenz und Ansatz derselben, von der Ausgiebigkeit der Gaumenbewegung und dem Vorhandensein noch anderer verschliessender Massen, z. B. zähen Schleimes, hypert. unterer Nasensmuschel. Es kann also unter Umständen bei freien Nasengängen eine ziemlich kleine Rachenmandel recht auffallende Erscheinungen von Verlegung der Tube hervorrufen, während eine wesentlich grössere in einem anderen Falle gar keine Erscheinungen verursacht.

Ein Fall von Bezold'scher Mastoiditis, geheilt während Erysipelas mit Functionsuntersuchung.

Von

V. Saxtorph Stein, Kopenhagen.

Mit Rücksicht auf den habituellen schweren Verlauf der Bezold-schen Mastoiditen und die nicht so sehr häufigen Publicationen von solchen Fällen könnte nachstehende Beobachtnng wohl von Interesse sein.

M. P., Wittwe, 58 Jahre alt, consultirte mich zum ersten Mal den 3. December 1896. Sie gab an, dass sie, nach einer Halsentzündung mit Röthung und Anschwellen vor sieben Wochen, starke Schmerzen im linken Ohre bekommen hatte, und dass sich nach neun Tagen ein Ausfluss eingestellt hatte. Dieser Ausfluss hatte bis heute gedauert, ebensowohl wie die Schmerzen und der Kopfschmerz. Bei der Untersuchung fand ich den Gehörgang voll von geruchlosem Secret, nach dessen Entfernung man die Membran injicirt und hervorgewölbt ohne

Digitized by Google

deutliche Details, aber mit einer kleinen Perforation nach vorn unten sah. Keine Symptome von Seiten des Warzentheils. Das rechte Trommelfell war glanzlos und leicht retrahirt. Am Naseneingange waren die Weichgebilde fissurirt und eczematös, die Nasenschleimhaut etwas hyperämisch und hier und da mit nicht riechenden Krusten belegt. Hintere Pharynxwand war mit zähem Secret bedeckt.

Die Functionsuntersuchung gab folgendes Resultat:

Flüsterstimme: rechtes Ohr $>$ 450 cm[1]). Linkes Ohr hört nur Conversationsstimme in einer Entfernung von 33 cm. Beides bestimmt für das dänische Wort „Abekat", während das nicht untersuchte Ohr dicht verschlossen war.

Die Stimmgabeluntersuchungen, mit der Bezold'schen continuirlichen Tonreihe im September 1896 von dem Edelmann'schen Institute in München bezogen, gaben Folgendes:

Untere Grenze $\frac{H_2}{Ais_1}$[2]); obere Grenze $\frac{0,7}{3,7}$ (normal für meine Galtonpfeife: 0,3); Weber für belastet A und a_1, von demselben Stimmgabelsatz lateralisirt nach links. Die Knochendauer war etwas verlängert und Rinne (bestimmt nach Bezold) $\div$ 8[3]) für dieselben zwei Töne links (Rinne wurde leider am rechten Ohre nicht bestimmt). Gellé mit „e" $\frac{+-}{+-}$[4]) (nach Bloch-Freiburg).

Trotz wiederholten Paracentesen und der gewöhnlichen antiseptischen und sedativen Behandlung bekam die Patientin sechs Wochen später und ziemlich plötzlich eine grosse harte, empfindliche, nicht fluctuirende Schwellung unter und hinter dem linken Warzentheile, zum Theil bedeckt von dem Kopfnicker. Die Aussenwand vom Proc. mast. war frei, und man fand Druckempfindlichkeit nur an der Spitze desselben. Ich diagnosticirte hier eine Bezold'sche Mastoiditis und veranlasste die Hospitalsaufnahme der Patientin operationis causa. Bevor eine Operation stattfinden konnte, wurde die Patientin von einer schweren Rose befallen, welche, von der Nase ausgehend, über das kranke Ohr und die Schwellung sich verbreitete. Während dieser Complication, welche zwei Wochen dauerte, sistirte die hartnäckige Otorrhoe, die Schwellung verschwand spurlos, und die Patientin konnte als geheilt ohne Operation abgeschrieben werden.

Zwei Monate später konnte ich sie wieder untersuchen und fand Folgendes:

Proc. mast. und die linke Halsseite waren normal. Das linke Trommelfell glanzlos, graulich verfärbt ohne Injection mit drei kleinen Kalkinfiltraten nach unten und gegen vorn. Seine Stellung war kaum retrahirt. Das rechte Trommelfell war ein wenig getrübt und retrahirt, mit leichter Injection beim Hammergriffe. Beide Membranen waren leicht beweglich mittelst des Trichters von Siegle. Weber für A und a_1 nach rechts. Die Knochenleitung nur ein bischen weniger

---

[1]) Die Länge des Zimmers.
[2]) Das heisst am rechten Ohre H_2, am linken Ohr Ais_1.
[3]) Normal resp. + 10 für A und + 20 für a_1.
[4]) Das heisst + für Luftleitung und — für Knochenleitung.

Digitized by Google

verlängert wie bei der ersten Untersuchung. Rinne[5]) $\frac{\div 6}{\pm 0}$ für A, $\frac{+9}{+13}$ für a_1, Gellé $\frac{++}{++}$.

Ich kann nicht umhin, die Aufmerksamkeit besonders auf die Functionsuntersuchungen zu lenken. Bei der ersten Untersuchung deuteten alle Proben auf Schallleitungshinderniss: untere Grenze hinaufgerückt, Weber nach dem schlechteren Ohre, Rinne negativ. Dazu zeigte die starke Herabsetzung von der oberen Grenze, dass vielleicht auch das Labyrinth afficirt war, jedoch nicht genug, um Rinne positiv zu machen. Das Resultat von Gellé deutete an, dass die Fixation an dem Schallleitungsapparate seine Wirkung besonders auf den tieferen Theilen desselben ausübte. Das rechte Ohr betreffend, haben wir auch hier eine Einschränkung der unteren Grenze und eine Herabsetzung der oberen, doch minder bedeutend und vielleicht theils auf einem wenig ausgesprochenen Schallleitungshindernisse, theils auf einer sympathischen Mitleidenschaft beruhend. Dass Gellé auf diesem Ohre negativ für die Knochenleitung war, kann vielleicht dadurch erklärt werden, dass die Lateralisirung des Stimmgabeltones so ausgesprochen war, dass sie gar nicht verändert wurde durch die minder starke Fixation des Schallleitungsapparates, welche ich bei der Luftcompression in dem rechten Ohre hervorzubringen vermochte.

Bei der letzten Untersuchung hatte die linksseitige Hörweite sich beinahe auf die Höhe der rechtsseitigen gehoben. Die untere Grenze war fast normal, ebenso die obere Grenze, welche sogar besser als die des rechten Ohres war. Die rechtsseitige Besserung konnte für eine frühere sympathische Mitleidenschaft sprechen. Das rechte Ohr musste nun für das kranken angesehen werden. Dieses beweisen die Lateralisirung von Diapason vertex nach rechts und das Resultat des Rinneschen Versuches, welches negativ für die tiefen und verkürzt positiv für die hohen Töne war, während es für das linke Ohr von $\div 8$ bis 0 für die tiefen und von $\div 8$ bis $+13$ für die hohen avancirt war.

Wie gesagt, wurden die zwei Stimmgabeln von dem linken Warzentheile in dem rechten Ohre gehört, trotzdem dass ich nach Politzer den Stimmgabelstiel parallel mit der Axe des Processus hielt. Folglich wurden die Zeiten für das linke Ohr weniger normale wie sie sonst geworden wären. Der normale Ausfall von Gellé's Versuch beweist, dass die rechtsseitige Fixation des Schallleitungsapparates noch nicht sehr vorgeschritten ist.

Wie wir gesehen haben, können wir, gestützt auf die Functionsuntersuchungen, sowohl eine retrospective Diagnose auf Mitleidenschaft des rechten Ohres, wie eine ernste Prognose für dieses Ohr stellen, und ich kann nur mit Bezold[6]) einverstanden sein, wenn er betreffend die functionelle Prüfung sagt: Ihre diagnostischen Resultate belohnen uns reichlich für die darauf gewendete Zeit.

---

[5]) Beide Stimmgabeln werden von dem linken Warzentheile im rechten Ohre gehört.

[6]) Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde, S. 79. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1895.

Digitized by Google

Ueber Beziehungen der Nasenkrankheiten zur Psychiatrie.

Von

C. Ziem.

Ein noch wenig bebautes, aber unbedingt den reichsten Ertrag versprechendes Gebiet ist das der Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und denen des Gehirns. Es handelt sich da nicht nur um die in den letzten Jahren zu ausschliesslich berücksichtigte directe Fortleitung einer Erkrankung der Contiguität der Gewebe nach, also besonders um die von der Nase und ihren Nebenhöhlen aus unmittelbar auf die Meningen und das Gehirn übergreifenden Eiterungsprocesse, sondern in einer wohl noch viel grösseren Zahl der Fälle um von Erkrankungen der Nase ahhängende Störungen der Circulation in der Schädelkapsel und ihrem Inhalte. Hierher gehören die Beobachtungen über Epilepsie bei Nasenkrankheiten (Löwe, Hack u. A., eigene Beobachtungen), über Delirium transitorium nach Operationen in der Nase (Ziem, Luzzati), die übrigens längst vor Guye bekannte Aprosexie, über Aphasie und Störungen des Gedächtnisses (Ziem), zum Theil auch centrale Störungen des Geruchs bei Nasenkrankheiten, während andere Formen der Anosmie, Parosmie oder Kakosmie selbstverständlicher Weise von der Peripherie aus zu Stande kommen (Ziem, 1886); hierher gehören z. Th. wenigstens auch die Störungen des Wachsthums der Schädelkapsel, die Asymmetrien derselben (Ziem, 1883), die thurmkopfartigen Bildungen (Berger, Ponfick), welche bei chronischer Obstruction der Nase klinisch und experimentell zu beobachten sind. Doch soll auf diese schon des Oefteren, wenn auch noch nicht genügend besprochenen Gegenstände jetzt nicht eingegangen werden, sondern es möge gestattet sein, über ein uraltes, dem Schutt der Zeit aber verfallenes und darum wieder auszugrabendes Object, über Geistesstörung bei Nasenkrankheiten hier etwas beizubringen, und zwar im Anschlusse an eine eigene, selbsterlebte Erfahrung. Die Wirklichkeit ist tragischer als alle Trauerspiele. Das Wort Voltaire's „le moi est haïssable" ist mir wohl bekannt, dennoch wird man durch die an meine Selbstbeobachtung sich anschliessenden Ausblicke vielleicht etwas entschädigt werden können.

Das Stück jenes scharfen Löffels, dessen Abbrechen in meiner Kieferhöhle im November 1883 als ein accident fort heureux pour la rhinologie unlängst bezeichnet worden, ist für mich selbst, in Hamburg damals ansässig, nahezu verhängnissvoll geworden. Wie schon früher mitgetheilt, hatte sich an diesen Unfall ein ausserordentlich profuser Speichelfluss angeschlossen, der jeden Gang in das Freie mir unmöglich machte und ganz besonders auch die Nachtruhe in dem Maasse störte, dass ich nur nach verhältnissmässig grossen Quantitäten von Alkohol etwas Ruhe fand. Es trat Fieber hinzu mit starker Anschwellung der Milz, unregelmässiger und öfters aussetzender Herzthätigkeit, äusserstem Uebelbefinden, heftigen Schmerzen im Vorderkopfe und Schwindelgefühl. Eine Anschwellung im inneren Augenwinkel ist allerdings von selbst zurückgegangen, ohne durchzubrechen, doch scheint eine secundäre

Digitized by Google

Betheiligung des Musc. rect. inf. oder intern., oder auch eines der Obliqui damals vorhanden gewesen zu sein, wie ich aus dem Auftreten ungleich hoch und schief stehender Doppelbilder damals und einige Zeit später noch nachträglich schliessen muss, ohne dass ich jedoch Näheres über deren relative Stellung jetzt noch aussagen könnte. Auch litt ich an quälenden, z. Th. farbigen Nachbildern und beweglichen, dicken Glaskörpertrübungen, deren Bedeutung ich damals allerdings verkannt habe, sie nach aussen hin projicirend, und eine mehr und mehr zunehmende, mich bettlägerig machende Betäubung gab zu den wüstesten Träumen und schliesslich gar zu dämonophobischer Verwirrung, zu „false creations proceeding from the heat oppressed brain" Veranlassung.

Ohne Vorwissen meiner, durch meine Pflege erschöpften und selbst erkrankten Frau, die, ebenso wie ich selbst, zu meiner Ueberführung nur in ein gewöhnliches Krankenhaus ihre Zustimmung gegeben, lieferte mit Hilfe seines Hausarztes ein, höherer Macht inzwischen verfallener, Verwandter am 18. Februar 1884, Abends, nur 36 Stunden nach der Extraction des Bruchstücks jenes scharfen Löffels aus meiner Kieferhöhle, mich in meiner Betäubung in der Irrenanstalt von Hamburg ab.

In der psychiatrischen Literatur, besonders auch durch v. Krafft-Ebing und Kräpelin, ist schon des Oefteren hervorgehoben worden, dass bei acuter Geistesstörung die Internirung in einer Anstalt, die plötzliche, unvorhergesehene Versetzung in eine ganz neue und fremde Umgebung und ungewohnte Verhältnisse, und besonders auch, dass die in früheren Zeiten beliebte, an mir selbst aber damals noch verübte Täuschung zum Zwecke leichterer Internirung den allergrössten Schaden anrichten kann, indem hierdurch, selbstverständlich genug, viele Kranke, sowie sie zum Bewusstsein ihrer Lage kommen, auf das Aeusserste erbittert und erregt werden; auch wird sicherlich kein wissenschaftlicher Arzt der Gegenwart bei Erysipelas des Kopfes, Meningitis, Typhus oder einer anderen fieberhaften Erkrankung von einer acuten Psychose Ergriffene jetzt noch ohne Weiteres in eine Irrenanstalt bringen. Sei dem nun wie ihm wolle, jedenfalls hat sich mein Zustand in jener Anstalt aus verschiedenen Gründen sofort verschlechtert. Vor Allem hat sich um die profuse Eiterung meiner Kieferhöhle keiner der Aerzte von Friedrichsberg auch nur im Geringsten gekümmert, ein sicherlich nicht empfehlungswerthes Verfahren, aber vielleicht doch nicht viel schlechter als die Polypragmasia der Gegenwart auf diesem Gebiete, das Herausstemmen umfänglicher Theile der Knochenwand, das Auskratzen und Tamponiren des Sinus, event. unter Zuhilfenahme der die Vitalität der Gewebe und besonders des Nervensystems noch weiter herabsetzenden Narcose. Ferner hat keiner meiner Angehörigen Wochen lang mich besuchen dürfen, während welcher Zeit ich nur mir ganz fremde Gesichter gesehen habe. Weiter ist die Umgebung, in welcher ich mich dort befand, kaum geeignet gewesen, meine Genesung zu befördern. So ist in der ersten Zeit meines Aufenthaltes ein an asthmatischen Anfällen leidender Irre, ängstlich und beängstigend stöhnend und seine Nachbarn störend, auf dem gemeinsamen Corridor Nachts auf- und abgelaufen; unmittelbar neben meinem Zimmer hat ein in einer Isolirzelle befindlicher Paralytiker declamirend und schreiend Nachts herumgetobt; ich selbst, in einem mittelgrossen Zimmer liegend,

Digitized by Google

wurde Tags von einem, Nachts gar von zwei Wärtern andauernd „bewacht", die mitten in der Nacht geräuschvoll und unter Schlüsselgerassel von anderen abgelöst, die Thür dann jedes Mal wieder hinter sich abschlossen, von deren Sims herab ausserdem noch eine hellbrennende, unverdeckte Lampe mir direct in das Gesicht hinein schien. Wieviel Comfort also mein von Jugend auf allerdings etwas verwöhntes und durch die schreckhaftesten und wüstesten Träume jetzt gemartertes und zerpeitschtes Gehirn dort gehabt habe, das lässt sich wohl leicht ermessen, und es dürfte fast selbstverständlich erscheinen, dass unter diesen Verhältnissen, wie auf experimentellem Wege hervorgerufen, nicht lange darauf, meiner Erinnerung nach in der dritten Nacht meines Aufenthaltes, furchtbare Anfälle von Tobsucht und acuter Manie bei mir aufgetreten sind. Mit nachlassender Eiterung wurde es allmählich besser, bald konnte ich mich auch im Freien aufhalten und in steter Begleitung eines Wärters und anderer, schwerer als ich selbst erkrankter Personen in dem mit spitzen eisernen Gittern umhegten Parke von Friedrichsberg $^1/_2$- oder 1stündige „Spaziergänge" machen. Doch ist im Gegensatze zu dem, den Insassen von Irrenanstalten in der ganzen civilisirten Welt zustehenden Rechte, den Ort ihrer Internirung selbst zu wählen, wenn sie auf ihre eigenen Kosten internirt werden, meiner oft und stürmisch wiederholten Forderung, in die Privatklinik von Geh. Rath Dr. Jessen in Kiel übergeführt zu werden, erst Ende Mai entsprochen worden. Herr Dr. Jessen, Anhänger des no-restraint, durch einen Seitens des Oberarztes von Friedrichsberg ihm übersendeten Bericht auf meine Ankunft bereits vorbereitet, hat sich alsbald persönlich überzeugt, dass die von dort aus ihm nahe gelegten Zwangsmaassregeln in meinem Falle durchaus nicht angebracht waren und hat mir freie und unbegrenzte Bewegung in und ausserhalb seiner Anstalt sofort bewilligt. Am Pfingstmorgen erblickte ich von Hornheim aus im Glanz der Morgensonne in der Ferne das blaue, ewige Meer, die von den der Gefangenschaft entgangenen Gefährten des Xenophon einst gegrüsste, zehntausendfach gegrüsste, mit jauchzendem Herzen gegrüsste Thalatta und die Sonne der Freiheit, die den aus dumpfer Kerkerhaft erlösten und der Fesseln entledigten Gefährten des Florestan einst geleuchtet und in der Musik Beethoven's, dem hohen Lied der Freiheit, der wiedergewonnenen Freiheit mit ergreifenden, alle Zeiten überdauernden Klängen gefeiert ist, die Sonne der Freiheit war auch für mich aufgegangen. Aus Geh. Rath Jessen's Anstalt bin ich nach der kürzest möglichen, nach einmonatlicher Beobachtung als geheilt und der Praxis fähig entlassen worden, während in Friedrichsberg mir, als an angeblicher Gehirnerweichung leidend, selbst schon die Möglichkeit der Genesung abgesprochen worden war und ich hatte entmündigt werden sollen. Im Hinblicke einerseits auf ein in Hamburg bestehendes Gesetz, dass jeder in einer Irrenanstalt internirt gewesene Arzt ein Jahr lang nur unter Aufsicht practiciren darf, andererseits aber, mit einem Wort von Rousseau, auf meine geradezu „mortelle aversion" dem Gutdünken Anderer mich unterzuordnen, zog ich vor, meine erst zwei Jahre lang dort betriebene, im Aufschwung gewesene Praxis aufzugeben, im Interesse meines eigenen Friedens auf eine gerichtliche Untersuchung der ganzen brutalen Angelegenheit zu

Digitized by Google

verzichten und mit dem kleinen Reste meines Vermögens eine neue Existenz in Danzig zu gründen. Doch ist manches von meinen Geschicken, ohne mein Zuthun natürlich, hier bekannt geworden, um meinem Aufkommen und der Ausbreitung meiner Praxis Jahre und Jahre lang im Wege zu stehen. Bolingbroke's Wort „resignation is true magnanimity" ist ein schönes und oft, aber leider nicht immer, tröstendes Wort.

Im Juli 1895, während ich eine Reihe mit übelriechenden Eiterungen des Ohres, der Nase und ihrer Nebenhöhlen oder mit Diphtheritis des Halses behafteter Personen zu behandeln hatte, erkrankte ich von Neuem an der Nase, und zwar war, wie sich bei der vom Alveolarfortsatze durch eine Zahnlücke hindurch von mir selbst vorgenommenen Anbohrung ergab, jetzt sowohl die rechte, im Jahre 1883 erkrankte, als auch, und in noch höherem Grade, die linke Kieferhöhle befallen. Während nun die Erkrankung der rechten Seite bei Ausspülungen mit Salzwasser und entsprechender Diätetik sich bald besserte, war solches linkerseits nicht der Fall, auch nicht, nachdem die von Periostitis ergriffenen zwei Wurzeln des zweiten Prämolaris am 9. August extrahirt und nach der hierbei, wie so oft in solchen Fällen, stattgehabten unbeabsichtigten, nochmaligen Eröffnung der Kiefernhöhle, die Ausspülung derselben nun gründlicher als zuvor, mit einer dickeren Canüle vorgenommen werden konnte; die Absonderung wurde vielmehr sehr profus und übelriechend. Anschwellung der Schleimhaut der Nase gab zu Athemnoth, besonders Nachts, Veranlassung und es trat infraorbitales Oedem, sowie Druck und Schmerz im linken Auge hinzu, gegen welche ich allerdings, bei der ja hier recht nahe liegenden Möglichkeit, Glaucom künstlich zu erzeugen[7]), Atropin natürlicher Weise nicht angewendet habe. Bei einer mittelst Doppelspiegel von mir selbst nun vorgenommenen Untersuchung meiner Zähne fand ich, dass an dem linkerseits einzig mir noch verbliebenen, von einem angesehenen Zahnarzte in Frankfurt a. M. 22 Jahre zuvor ausgefüllten, oberen Molaris eine ganz umschriebene, leicht schwärzliche Verfärbung der Kaufläche vorhanden war, doch lehnte ein erfahrener Fachmann die Extraction dieses Zahnes an zwei verschiedenen Tagen ab, da derselbe an dem Leiden unschuldig sei. Zur Verhütung weiterer Infection setzte ich meine Praxis einige Tage lang aus und verschaffte mir ausserdem eine gewisse Erleichterung durch häufiges Trinken von heissem, ganz saurem Citronenwasser — ein für viele Fälle sehr werthvolles, s. Z. des Näheren noch zu besprechendes Verfahren —, sowie durch Einhüllen des Körpers in wollene Decken, wonach starker Schweiss eintrat. Als jedoch eine mehr und mehr zunehmende Betäubung und besonders in der Nacht vom 14. zum 15. August 1895 Unbesinnlichkeit sich hinzugesellten, so dass, ähnlich wie das Sehen in gewissen Fällen durch einen Schleier stattfindet, auch mein Denken wie durch einen Nebel, ein Hemmniss, ein Brett oder dergl. hindurch vor sich zu gehen schien und der sonst ziemlich leicht bei mir ablaufende, zu vielfacher Association oft Ver-

[7]) Vergl. hierüber meine Arbeit über Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten, diese Monatsschrift 1893, und Traité de médecine von Bernheim & Laurent, T. VI, 1895.

Digitized by Google

anlassung gebende Denkprozess nicht mehr von der Stelle rücken wollte, ich auch nicht im Stande war, die Fäden der Erinnerung mit denen der Gegenwart zu verknüpfen — ein sehr beängstigender Zustand, etwa dem zu vergleichen, wenn man, im Mittelpunkt eines grossen Parkes stehend, alle von da wegführenden Wege und Stege plötzlich versperrt findet und nun den Zusammenhang mit der Aussenwelt zu verlieren fürchten muss —, da zögerte ich natürlicher Weise nicht länger, jenen angeblich gesunden Zahn auf das Spiel zu setzen und, im Gegensatze freilich zu manchem new-hatch'd, unfledg'd comrade, neu aufgetauchten, aber um so mehr selbstbewussten Autoren oder Pseudo-Autoren, auf dessen Extraction zu bestehen. In der That hat sich denn eine Periostitis der Wurzeln desselben, und zwar mit einer diffusen, z. Th. schalenförmigen osteophytischen Auflagerung nun vorgefunden, die Eiterung aber sich jetzt rapide gebessert, unter gleichzeitigem Verschwinden der cerebralen Symptome, des Druckes in den Augen, des Oedems der Wange u. s. w.

Einige weitere Beobachtungen der Art aus der Literatur, sowie aus meiner eigenen Praxis sollen später in einem weiteren Artikel aufgeführt und jetzt nur noch ausdrücklich hervorgehoben werden, dass ähnliche, mehr oder weniger heftige Symptome bisher fast nur bei Eiterungen des Sinus ethmoidal., sphenoidal. oder frontalis beobachtet, bei Eiterungen der Kieferhöhle aber nur ganz vereinzelt gesehen worden sind. So ungemein wichtig es auch für die Praxis ist, zu wissen, dass in einem entsprechenden Falle auch die Kieferhöhle der Ausgangspunkt und Sitz des Leidens sein kann, und so verwerflich es ist, bevor eine Erkrankung der letzteren mit Bestimmtheit, d. h. also durch die Probeausspülung vom Alveolarfortsatze her (Ziem), nicht allenfalls vermittelst der Durchleuchtung oder einer ähnlichen Spielerei, ausgeschlossen ist, eine der übrigen Höhlen, besonders die Stirnhöhle sofort operativ anzugreifen, entweder durch Eröffnung von aussen her oder gar mittelst des von der Nase aus eingeführten Katheters, was z. B. in einem unlängst von Danzig aus publicirten Falle den letalen Ausgang offenbar beschleunigt hat: so soll doch mit dem Hervorheben nur dieses Umstandes meine Mittheilung nicht beendet sein, sondern es sollen einige allgemeine Erwägungen über die Pathogenese psychischer Störungen bei Nasenkrankheiten hier noch angeschlossen und wegen einiger Besonderheiten meines eigenen Krankheitsfalles auf denselben dann noch mehrfach zurückgekommen werden.

In dieser Hinsicht dürften die folgenden Momente von Wichtigkeit sein.

I. Directe Fortleitung einer richtigen Entzündung auf die Meningen durch die Gefäss- und Nervencanäle der Knochen, wie sie in einem von Ortmann anatomisch untersuchten Falle von tödtlicher Meningitis bei Eiterung des Sinus sphenoid. constatirt worden ist. Bei Fortleitung durch die hintere Wand des Sinus auf das Gehirn, d. h. hier also auf das Mittelhirn, können, abgesehen von einer durch das Fieber bedingten Somnolenz, psychische Symptome manchmal wohl gänzlich fehlen, in einem anderen Theile der Fälle aber, besonders bei Fortleitung der Entzündung durch das Dach des Sinus vorhanden sein. Bei Erkrankung des Sinus ethmoidal. oder frontalis und directer Fort-

Digitized by Google

leitung auf das Stirnhirn werden psychische Störungen noch leichter zu Stande kommen. Wenn aber solche auch bei Eiterung der Kieferhöhle vorkommen und nach Ausheilung der letzteren wieder verschwinden, so müssen offenbar hier noch andere Momente von Einfluss sein, sofern man nicht allenfalls annehmen will, dass die Sinusitis maxillaris eine Sinusit. frontal. oder ethmoidal. mit sammt deren Folgen für das Gehirn hervorgerufen habe, welche mit Beseitigung der Sinusit. maxillar. auch ihrerseits wieder zurückgegangen seien. Diese letztere Möglichkeit kann durchaus nicht ohne Weiteres zurückgewiesen werden, im Hinblick

1) auf eine von B. Fränkel neuestens publicirte Beobachtung, in welcher nach Extraction eines mit einem Granuloma behafteten Molaris nicht nur die davon abhängige Sinusit. maxillar., sondern auch eine fortgeleitete Ethmoiditis ohne weiteres Zuthun dann zurückgegangen ist, während andererseits in einem von P. Silex jüngst veröffentlichten Krankheitsfalle die operative Blosslegung der von einer Eiterung ergriffenen Siebbeinzellen, ohne gleichzeitige Behandlung der durch die Section später nachgewiesenen, concomitirenden bezw. primären Sinusit. maxillar., den letalen Ausgang nicht verhindert hat, beziehungsweise nicht mehr hat verhindern können;

2) auf die in meinem eigenen Krankenfalle aufgetretene und später zurückgegangene Anschwellung im inneren Augenwinkel, sowie die damals und noch etwas später vorhandenen Doppelbilder, ein Umstand, der trotz der Unvollständigkeit der Beobachtung wenigstens die Möglichkeit beweist, dass auch hier eine richtige, secundäre Ethmoiditis vorhanden gewesen, deren Uebergreifen auf die Meningen und das Gehirn, der Contiguität nach, wohl nur durch die Extraction jenes Bruchstückes des scharfen Löffels hintan gehalten worden ist.

Dennoch aber bin ich mit Rücksicht auf die relativ schnelle Heilung im Jahre 1884 und die sofort eintretende Heilung im Jahre 1895 natürlich der Ansicht, dass hier nicht sowohl eigentlich anatomische Veränderungen meines Gehirns, als nur functionelle und darum auch so schnell wieder ausgeglichene Störungen der Gehirnthätigkeit bei mir vorgelegen haben, welche durch die jetzt zu besprechenden Momente bedingt gewesen sein dürften.

II. Die mit hochgradiger Eiterung der Kieferhöhle verbundene Anschwellung der Schleimhaut der Nase muss natürlich in der schon öfter von mir dargelegten, jetzt auch von Herrn Geh. San.-Rath Prof. Dr. M. Schmidt in Frankfurt a. M., Herrn Doz. Dr. Schutter in Groningen, Herrn Th. Harke in Hamburg u. a. A., jedoch ohne Nennung meines Namens, adoptirten Art und Weise eine Verminderung der Aspirationsgrösse des Thorax und somit eine Störung der Circulation, eine venöse und lymphatische Stauung, wie in anderen Nachbargebieten, im Auge, Ohr u. s. w., so auch im Inneren der Schädelkapsel hervorrufen, während man ja noch vor zehn Jahren, reflectionslos genug, auch hier fast nur Reflexe gewittert hat. Es ist nur die Frage, ob die Störung im Lymphabfluss oder in der venösen Bahn hier die wesentlichere ist. An und für sich genommen, könnte eine sogenannte seröse Meningitis, die entzündliche Aufstauung von Gehirnlymphe, ja auch bei starker entzündlicher Anschwellung der Nasenschleimhaut zu Stande

Digitized by Google

kommen, obwohl eine Communication der Lymphbahnen des Gehirns mit den Lymphscheiden des Olfactorius bisher bekanntlich nur bei Thieren, aber nicht beim Menschen nachgewiesen ist —, ein Unterschied jedoch, der aller Analogie nach offenbar nicht in einer bei Thier und Mensch essentiell differenten Organisation beruhen kann, der vielmehr bei verbesserter Technik der Untersuchung mit Bestimmtheit aus den Lehrbüchern der Physiologie früher oder später wieder verschwinden wird und dessen Vorhandensein, wie man im Gegensatz zu Dreyfuss u. A. mit J. v. Gerlach[8]) offenbar annehmen muss, einfach und befriedigend dadurch sich erklärt, dass entsprechende Präparate von Thieren in ganz frischem Zustande und bei noch vorhandener vollständiger Durchgängigkeit jener Lymphbahnen untersucht werden können, während die künstliche Injection eines menschlischen Cadavers ganz unmittelbar nach dem Tode, wenn überhaupt, dann gewiss nur äusserst selten ausführbar ist —, ein rein technischer Factor also, dessen grosse Bedeutung übrigens Jedem sofort einleuchten wird, der einerseits einem noch lebenden bezw. soeben erst getödteten Thiere, andererseits aber einem schon Stunden lang todten Thiere z. B. ein Auge exstirpirt und im ersten Falle an einem succulenten, warmen, plastischen Gewebe, im zweiten aber an einem kalten, zusammengefallenen, wie coagulirten Gewebe zu operiren hat. Obwohl nun also eine ungünstige Beeinflussung der Circulation im Gehirn durch Anschwellung der Schleimhaut der Nase und Undurchgängigwerden der betreffenden Lymphbahnen, vermöge der gegenwärtigen Unvollständigkeit der anatomischen Untersuchungsmethoden, nicht auszuschliessen ist, obwohl andererseits zu Gunsten der grossen Bedeutung einer freien Circulation in diesen Lymphbahnen insbesondere auch eine schon öfter erwähnte Beobachtung von Girand angeführt werden kann, nach welcher ein schon so und so lange Zeit bestandener Hydrocephalus durch das Ausfliessen einer reichlichen Menge einer dem Liquor cerebralis ähnlichen Flüssigkeit aus der Nase zur Heilung gelangt ist: so dürfte es zwar von grosser Wichtigkeit sein, anstatt die bekanntlich schon so und so oft erfolglos gebliebene, natürlicher Weise rein symptomatische, bei den verschiedensten mit irgend welchen Erscheinungen von Kopfdruck einhergehenden Krankheiten jetzt hoch- oder übermoderne Lumbalpunction vorzunehmen, vielmehr in irgendwie geeigneten Fällen eine entsprechende, oft wohl ebenso wirksame oder, wenn die Ursache beseitigend, noch wirksamere, sicherlich aber weniger gefährliche rhinologische Behandlung zu versuchen; — noch wichtiger freilich, sich darüber klar zu werden, dass die Ansammlung irgend welcher Flüssigkeit in den sogenannten Hirnhöhlen unter normalen Verhältnissen überhaupt noch nicht nachgewiesen ist. Ohne auf diese äusserst wichtige und belangreiche Frage jetzt näher einzugehen, sei nur kurz erwähnt:

1) dass bei Sectionen menschlicher Leichen die Hirnhöhlen nicht selten gänzlich frei sind von jeder Flüssigkeit, was übrigens schon Otto[9]) und Pirogoff[10]) hervorgehoben haben, und wie auch an mehreren

---

[8]) Handbuch der Anatomie 1891, Seite 250.
[9]) Lehrbuch der pathologischen Anatomie 1830, S. 385.
[10]) Kriegschirurgie 1864, S. 147.

Digitized by Google

ausgezeichneten Durchschnitten von Köpfen gefrorener Leichen, die wir W. Braune verdanken, die Wandungen der Ventrikel dicht an einander liegen;

2) dass auch bei durch Strangulation (Katzen und Kaninchen) oder durch Decapitation unter Compression des Halses (Tauben, Huhn, Ente, Truthahn) getödteten Thieren, deren Köpfe nach dem von mir angegebenen Verfahren[11]) mittelst Messer und Schlägel dann frisch durchschnitten worden, irgend welche freie Flüssigkeit in den sogenannten Ventrikeln sich nicht vorfindet.

Im Hinblick auf diese Befunde glaube ich mit anderen Autoren, besonders mit Adamkiewicz, dass die Anwesenheit von Liquor cerebralis in den Ventrikeln etwas Normales nicht darstellt, vielmehr immer auf die Wirkung einer Circulationsstörung zurückzuführen ist, die hier natürlicher Weise um so leichter sich geltend machen und zu sogen. seröser Meningitis führen kann, als im Gehirn ja nur perivasculäre Lymphbahnen vorkommen. Auch auf diesem Gebiete wird der Hauptantheil bei dem Zustandekommen einer Stauung wohl dem venösen Theil der Gefässbahn zuzuschreiben sein und besonders einem in der Physiologie wie in der Pathologie bisher offenbar zu wenig berücksichtigten, eigenartigen Bestandtheile des Gefässsystems, nämlich den Plexus chorioidei der Telae und Hirnventrikel mit ihrem so äusserst zottenreichen Gewebe. Auch für dieses letztere wird hoffentlich bald zur Evidenz erkannt sein, was bezüglich der Tunica vasculosa des Auges des Menschen von Professor W. Flemming in Kiel, der Vögel von mir nachgewiesen worden[12]), dass in der Agone durch Retraction entleerte oder bei der Section ausgeblutete Gehirntheile oder gar Wochen und Monate lang in Spiritus oder dergleichen verschrumpfte Präparate eine richtige Vorstellung von ihrem Blutreichthume während des Lebens ganz und gar nicht ergeben können. Wenn die Aehnlichkeit dieser Plexus mit den Plex. ciliares des Auges schon vor Jahren durch Henle[13]) hervorgehoben worden ist und die letzteren Plexus dem, nach meinen Untersuchungen ein richtiges erectiles Gewebe darstellenden Fächer im Auge der Vögel durchaus entsprechen, dann müssen offenbar auch die Plex. chorioidei des Gross- und Kleinhirns ein erectiles oder doch ein dem erectilen sehr ähnliches Gewebe bilden, was ja auch aus guten Abbildungen der Plex. des Gehirns (Henle), des Ciliarkörpers (Arnold) und der Schwellkörper der äusseren weiblichen Sexualorgane (Kobelt), sowie aus vergleichend-anatomischen Abbildungen des Gehirns der Vögel (Stieda und Gadow) und Reptilien (Osborn) sich sofort ergiebt. Eine venöse Stauung im Gehirn muss daher vor Allem in den dehnbaren Plexus zur Geltung kommen, die mit einem sehr bezeichnenden Ausdrucke von A. Erlenmeyer, der im Herbst 1895 mit seinem Besuche mich erfreute und mit welchem

[11]) Schriften der naturforschenden Gesellschaft von Danzig, Sitzung vom 29. November 1893. Photographien solcher durchschnittenen Köpfe habe ich an die anatomische Section der Naturforscher-Versammlung in Wien 1894 eingesendet, aber nicht erfahren, ob sie damals vorgelegt worden sind.

[12]) Virchow's Archiv 1891, Bd. 126; Wiener klinische Wochenschrift, 1893, No. 5 und 6.

[13]) Henle: Nervenlehre 1871, S. 313.

Digitized by Google

ich diese Verhältnisse besprochen habe, eine Art Puffer oder Sicherheitsvorrichtungen darstellen, während eine Stauung im Gefässsysteme der Gehirnsubstanz selbst erst in zweiter Linie zu Stande kommen wird. Uebermässige Anschoppung der am Boden des vierten Ventrikels gelegenen Plexus könnte so zu Epilepsie, Asthma oder Priapismus Veranlassung geben, Anschoppung der Plexus der Seitenventrikel im Hinblick auf gute Frontalschnitte (Henle) oder Schrägschnitte (Braune) des ganzen Gehirns oder Kopfes manche Störungen der Sprache hervorrufen oder doch begleiten — eine Erklärung, die der von J. v. Gerlach[14]) für kurz dauernde Formen von Aphasie bei fieberhaften Krankheiten gegebenen und eine mechanische Erregung der Sprachwindungen durch die stärker gespannte Pulswelle der Art. foss. Silvii oder ihrer Verzweigungen vermuthenden, in mancher Beziehung vielleicht vorzuziehen ist —, Anschoppung im Unterhorne und im Gebiete der Ammonswindungen gewisse Formen von centraler Störung des Geruchs bedingen, während andere Formen von Anosmie im Gegentheil auf einen Gefässkrampf im Bereiche der Art. chorioidea durch Meynert zurückgeführt worden sind[15]), eine Anschoppung in den Vorderhörnern der Seitenventrikel, unter Modification einer schon alten Anschauung[16]), bei psychischer Erregung, besonders auch im Zorne stattfinden u. s. w. Dass venöse Stauung besonders in diesem letzteren Theile der Plexus und secundäre Rückstauung in die Gefässe des Stirnhirns selbst mit einer bekanntlich gerade für das Nervengewebe so äusserst schädlichen Anhäufung excrementieller Stoffe in der Entstehung einer Reihe von functionellen Geisteskrankheiten, vornehmlich auch der sogen. circulären oder periodischen, von grosser Bedeutung sein wird, darf man wohl für wahrscheinlich halten. Trotz Meynert's interessanten und glänzenden Darlegungen hat man sich allerdings noch zu wenig klar gemacht, dass umschriebene Anämien und Hyperämien, wie an anderen Körpertheilen, so natürlicher Weise auch am Grosshirn oder Kleinhirn vorkommen können, in der irrigen Annahme, dass der Blutgehalt des Gehirns immer nur im Ganzen entweder vermindert oder vermehrt sei.

Nicht um diese Annahme hier zu widerlegen, sondern im Interesse der Sache selbst sei hier über einige Experimente kurz berichtet, welche auf die Physiologie des Schlafs sich beziehen, der ja nach der Behauptung der Einen auf Hyperämie des Gehirns, der Anderen auf Anämie desselben beruhen soll. Beide Parteien haben Recht und Unrecht, indem nämlich während des normalen Schlafs Anämie des Grosshirns und relative Hyperämie des Kleinhirns, speciell der am Boden des vierten Ventrikels gelegenen Plexus, und zwar in deren venösem Antheile stattfindet. Verwahrt man nämlich Tauben, die zu diesem Versuche besonders geeignet sind, mehrere Stunden lang im Dunkeln, am besten gegen Abend, beschleicht sie dann, wenn sie sich gar nicht mehr rühren, ganz leise, packt sie mit schnellem Griffe am Kopfe und dreht ihnen in der bekannten Weise nun mit der grössten Geschwindigkeit den Hals ab — in dieser Weise also mit einem Worte von

---

[14]) v. Gerlach: Anatomie, S. 101.
[15]) Vorlesungen über Psychiatrie 1890, S. 190.
[16]) v. Volkmar und Cornelius: Psychologie 1894.

Digitized by Google

Shakespeare den Schlaf wie ermordend —; macht man jetzt Durchschnitte dieser Köpfe, sowie zur Controle auch Durchschnitte von Köpfen am hellen Tage schnellstens abgewürgter Tauben, so übersieht man die in beiden Fällen vorhandenen Verschiedenheiten in sehr anschaulicher Weise, die Anämie des Grosshirns bei den Dunkeltauben gegenüber dem reichen Blutgehalt desselben bei Lichttauben[17]). Durch Zerlegen der in Chromsäure oder Formol gehärteten Hälften der Köpfe in feine Ganzschnitte mittelst des Microtoms kann man diese Unterschiede auch noch der microscopischen Untersuchung zugänglich machen. (A. Wallenberg).

Ohne auf die grosse Bedeutung dieser hier wohl zum ersten Male experimentell nachgewiesenen umschriebenen physiologischen Hyperämie bezw. Anämie des Gehirns für die Praxis und Pädagogik, für die Lehre von der Hypnose und Hysterie, vom Hirndruck u. s. w. oder auf gewisse, die Einwirkung von Aussenreizen möglichst beschränkende Aenderungen im Blutgehalt der Sinnesorgane, des Auges und Ohres, der Nase u. s. w. jetzt einzugehen, so beruht also das Wesen des normalen Schlafes hauptsächlich auf Anämie des Grosshirns, besonders des Stirnhirns. Doch tritt eine solche, und damit kommen wir auf unseren Gegenstand wieder zurück, bei acuter Verstopfung der Nase, besonders zur Nachtzeit, bekanntlich nicht leicht ein, was in einer berühmt gewordenen Selbstbeobachtung schon durch Immanuel Kant hervorgehoben worden ist, der durch tiefe und gewaltsame Inspirationen seine Nase schliesslich allerdings doch frei gemacht und das Eintreten des Schlafes so erzielt hat. Eine ähnliche Aussaugung des Blutes aus dem Stirnhirn durch tiefe Inspirationen hat vielleicht auch in einer, von L. Mauthner leider nur beiläufig erwähnten Beobachtung stattgefunden, nach welcher ein mit Glaucom behafteter Kranker im Stande gewesen ist, sich jeder Zeit selbst in Schlaf zu versetzen. In meinem eigenen Krankheitsfall ist als eine recht erschwerende und eine Erholung meines Gehirns behindernde Schädlichkeit im Jahre 1884 noch der während der ganzen Nacht einwirkende Lichtreiz hinzugekommen, und schwere Träume schädigen nicht nur einen „curtained", sondern noch mehr einen geblendeten Schlaf. Erinnert man sich ferner des von Tarchanoff neuerdings experimentell nachgewiesenen, die Gehirnsubstanz wie zersetzenden Einflusses andauernder Agrypnie, dann dürfte es wohl klar sein, dass auch ein weniger impressionables Gehirn unter den oben geschilderten Verhältnissen Schaden erleiden musste, sowie dass die Ermöglichung der freien Nasenathmung vornehmlich auch im Beginn mancher Geistesstörung von der äussersten Wichtigkeit ist, um wenigstens während des Schlafes, nature's soft nurse, die normale Circulation im Gehirn herzustellen und so, „by rocking the brain and steeping the senses in forgetfulness", die besten Bedingungen eines natürlichen Ausgleiches zu gewinnen.

Das Eintreten des Schlafes in derartigen Fällen kann nun nicht etwa dadurch begünstigt werden, dass man nach dem vor einigen

---

[17]) Sitzungen des Aerztl. Vereins von Danzig vom 14. December 1893 (Ziem) und 11. Januar 1894 (Wallenberg) in den Schriften der Naturforsch. Gesellschaft von Danzig.

Digitized by Google

Jahren Seitens eines schweizerischen Arztes gerühmten, durch das Vorhergehende ja auch gut zu begründenden Verfahren, Rückenlage mit horizontaler oder gar tiefer Lagerung des Kopfes einnehmen lässt, da das Herausfliessen von eitrigem, ätzendem Schleim aus der Kiefer- oder Stirnhöhle in den Rachen und ein consecutiver, den Schlaf um so mehr störender Hustenreiz durch diese Position erst recht befördert wird. Will man in einem Fall, in welchem eine operative Behandlung einer Naseneiterung augenblicklich nicht angängig ist und in welchem auch die Application warmer Kruken an die Füsse und das Einhüllen des Körpers in wollene Decken eine genügende Entlastung der angeschwollenen Gefässe der Nase mit secundärer Anämie des Stirnhirns nicht zu Stande bringen, wenigstens eine zeitweilige Erleichterung auf medicamentösem Wege erzielen, dann ist wohl das Rathsamste, ausserdem noch milde, die Herzthätigkeit nicht compromittirende Schwitzmittel, wie Fliederthee, heisses, ganz saures Citronenwasser oder dergl. anzuwenden, während die schablonenhafte Verordnung der Narcotica hier oft genug schädlich einwirkt und die ohnedies schon vorhandene Betäubung noch verstärkt, ganz besonders wenn sie, wie dies von C. Binz für das Morphium nachgewiesen ist, eine wie coagulirende Einwirkung auf die Ganglienzellen des Gehirns selbst ausüben —, ein den durch ein Narcoticum erzeugten, von dem natürlichen Schlaf also scharf unterscheidendes Moment.

(Schluss folgt.)

Acute Laryngitis nach innerem Jodkaligebrauch.

Von

Privatdocent Dr. **O Frankenberger** in Prag.

Zu den seltensten Erscheinungen, welche nach innerem Gebrauch des Jodkali auftreten, gehören mehr oder weniger bedrohliche Veränderungen im Kehlkopfe, welche sich durch mässige Halsschmerzen, erschwertes Schlucken, Heiserkeit, und besonders durch Symptome acuter Larynxstenose manifestiren. Diese Veränderungen sind nicht lange bekannt, erst im Jahre 1875 beschrieb Fenwick den ersten Fall, und auch seit dieser Zeit finden wir die Fälle so selten in der Literatur verzeichnet, dass Avellis im Jahre 1892[18]) mit seinen eigenen zwei Fällen im Ganzen 15 sammeln konnte. Später erschien noch eine Mittheilung Schmiegelow's[19]) über zwei Fälle, sonst konnte ich in der mir zugänglichen Literatur keinen Fall mehr auffinden, nur bei Schech[20]) finde ich noch die Angabe, dass der Autor nach 24jähriger Praxis einen Fall beobachtet hat.

Besonders interessant ist der erste Fall Avellis, der einen 50jähr., wahrscheinlich an einer malignen Geschwulst der Lunge und Hemiplegie der rechten Seite des Kehlkopfes leidenden Patienten betrifft, welche

[18]) Wiener med. Wochenschr. 1892, No. 46—48.
[19]) Arch. f. Laryngol. u. Rhinol. 1893, Bd. I, H. 1.
[20]) Krankheiten des Kehlkopfes u. der Luftröhre 1897, pag. 80.

Digitized by Google

letztere schon früher von einem anderen Arzte diagnosticirt worden war. Als sich Symptome von Laryngostenose eingestellt hatten, wurde der Autor ersucht, den Kehlkopf zu untersuchen, wobei Folgendes gefunden wurde: Die Epiglottis war auf der rechten Seite ödematös, ebenso die rechte Plica aryepiglott. und die ganze rechte Arytänoidalgegend geschwollen. Beide Stimmbänder standen nahe an einander, waren nur 2—3 mm von einander entfernt und vollständig unbeweglich. Verwundert über den Befund, frug der Autor den ordinirenden Arzt, ob der Kranke nicht Jodkali einnehme, was ihm auch bejaht wurde. Nach Aussetzen dieses Mittels wurde nach 40 Stunden Paralyse des rechten Recurrens, wie sie bereits vor Eintritt des Oedems bestanden hatte, constatirt, sonst war der Befund ganz normal.

Einen ähnlichen Sitz der Erkrankung, nämlich an der Epiglottis und den aryepiglottischen Falten zeigten alle anderen Fälle, nur der Fall Rosenberg's[21]) bildet eine Ausnahme: ein 21jähriges Mädchen hatte nicht mehr als zwei Esslöffel einer $2^1/_2$proct. Lösung Jodkali eingenommen; in der darauffolgenden Nacht stellte sich erschwertes Athmen mit inspiratorischem Stridor ein; der Puls war beschleunigt; die Nasenschleimhaut war succulent und geschwollen. Im Kehlkopf ödematöse Schwellung der Regio hypoglottica. Jodkali sogleich ausgesetzt, Heilung in fünf Tagen.

Nicht immer verliefen die Fälle so glücklich; in Fenwick's Fall musste tracheotomirt werden, ebenso in den vier Fällen Fournier's, von denen trotzdem zwei lethal endeten[22]); auch im ersten Falle Schmiegelow's musste die Tracheotomie gemacht werden, endlich endeten beide Fälle Solis Cohen's[23]) lethal.

Alle bisherigen Beobachter führen die beschriebenen Veränderungen im Kehlkopf als einfaches acutes Oedem an, ohne jedes entzündliche Symptom, und sprechen einfach von acutem Jodödem. Als Ursache wird gewöhnlich eine gewisse Disposition, Idiosynkrasie angenommen, bedingt durch nervöse Einflüsse, ähnlich wie bei den sogen. angioneurotischen Oedemen anderer Körpertheile. Wenn wir aber bedenken, dass bei innerem Jodgebrauch ziemlich häufig Veränderungen an anderen Schleimhäuten, wie an der Conjunctiva, an der Nasen- und Rachenschleimhaut, zur Beobachtung kommen, welche nicht ein einfaches Oedem darstellen, sondern der Ausdruck entzündlicher Processe sind, so ist die Ansicht nicht ganz von der Hand zu weisen, dass es sich auch im Kehlkopf um entzündliche Vorgänge handeln dürfte, denen in zweiter Reihe, secundär, das Oedem sich zugesellt. Diese Ansicht spricht Schech (l. c.) aus; ein Fall nun, den ich vor Kurzem Gelegenheit hatte zu beobachten, spricht sehr zu Gunsten dieser Ansicht, und ich zögere daher nicht, denselben in Nachfolgendem mitzutheilen: Der etwa 50jährige Patient besuchte mich am 20. September 1896 wegen eines Ohrleidens; er hatte vor drei Tagen im Flusse gebadet und bald darauf Verlegtsein des linken Ohres bemerkt. Ich fand den rechten Gehörgang normal, den linken dagegen in seinem knöchernen Theil

[21]) Deutsche med. Wochenschr. 1890, No. 37.
[22]) Gazette des hôp. 1889, citirt nach Virch. Hirsch Jahresber.
[23]) Diseases of the throat.

Digitized by Google

dadurch hochgradig verengert, dass die obere hintere Wand convex in's Lumen des Gehörganges hineinragte und die ebenfalls emporgewölbte vordere untere Wand berührte; die Hervorwölbungen waren knochenhart. Es bestand also ein länglicher, von vorn oben nach hinten unten gehender schmaler Spalt, in welchen sich nur an seinem hinteren unteren Ende eine feine Sonde tiefer einführen liess, woselbst man eine weiche, schmierige Masse tastete. Nach Ausspritzen des Ohres bleibt das Gehör linkerseits geschwächt. Patient vernimmt die Flüstersprache nur auf eine Entfernung von 50 cm. Indem ich die weitere Beschreibung des Falles übergehe, theile ich nur mit, dass ich dem Kranken Jodkali in täglichen Dosen von 2 g verordnete, das er am 19. October 1896 einzunehmen begann. Nach einigen Tagen wurde ich in die Wohnung des Kranken gerufen, da er plötzlich Athembeschwerden bekommen habe. Ich konnte mässiges Fieber und eine bedeutende Dyspnoe constatiren. Die Schleimhaut des Rachens war entzündet, laryngoscopisch fand ich eine hochgradige Hyperämie und Schwellung der aryepiglottischen Falte beiderseits, so wie der hinteren Larynxwand; die Glottis selbst konnte ich wegen starker Reizbarkeit des Kranken nicht sehen. Jodkali wurde sogleich ausgesetzt und dem Kranken Eispillen und kalte Halsumschläge verordnet. Nach drei Tagen waren sämmtliche Beschwerden geschwunden, und der Kehlkopf bot ein normales Bild.

Am 31. October begann der Kranke wieder das Jodkali einzunehmen. Schon am folgenden Tage wurde ich wieder gerufen, da Patient in der Nacht wieder schwer geathmet hatte und heiser geworden war. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt wieder hochgradige Hyperämie und Infiltration derselben Gebilde wie das erste Mal. Nach Aussetzen des Mittels abermalige Genesung in einigen Tagen.

Später nahm der Kranke abermals Jodkali, aber in kleineren Dosen, welche er ohne jede Reaction vertrug.

Dass es sich in diesem Falle um eine Kehlkopferkrankung in Folge von innerem Gebrauch von Jodkali gehandelt hat, kann nicht bezweifelt werden; aber im Gegensatze zu allen bisherigen Beobachtungen fand ich nicht ein einfaches, nicht entzündliches Oedem, sondern intensive Röthung und Infiltration der Schleimhaut und des submucösen Bindegewebes beider aryepiglottischen Falten und der hinteren Kehlkopfwand, mehr einer erysipelatösen oder phlegmonösen Entzündung ähnlich als einem einfachen Oedem. Dafür sprechen auch die anderen Symptome, insbesondere das Fieber und der Schluckschmerz.

Das Oedem des Kehlkopfes ist ein Begriff, unter den früher alle möglichen Erkrankungen des Kehlkopfs, die mit Stenose desselben verbunden waren, subsumirt wurden, insbesondere das Erysipel, die Phlegmone, der Abscess, die Perichondritis etc., nach der Definition Mackenzie's[24]), nach welcher das acute Kehlkopfödem „eine acute Infiltration des Zellgewebes des Kehlkopfes durch eine seröse, seropurulente oder purulente Flüssigkeit ist, in schweren Fällen einhergehend mit stridulöser, sich bis zur Orthopnoe steigernder Respiration, Dysphonie oder Aphonie". Dass nun eine Infiltration mit seropurulenter

[24]) Krankheiten des Halses u. der Nase, übersetzt v. Semon. I, 1880.

Digitized by Google

oder purulenter Flüssigkeit zum Begriff des Oedems nicht gehört, weiss jeder, dem die Elementarsätze der pathologisch-anatomischen Terminologie nicht unbekannt sind; aber trotzdem dauerte es in der Laryngologie ziemlich lange, ehe man dazu kam, alle pathologischen Processe, bei denen ein anderes Infiltrat im submucösen Zellgewebe auftritt als seröses, von dem Begriff des Oedems auszuscheiden und dorthin einzureihen, wohin sie gehören. Dass diese verschiedenartigen Processe früher nicht gesondert wurden und auch heutzutage vielfach noch vermengt und unter einem gemeinschaftlichen Titel abgehandelt werden, mag seinen Grund darin haben, dass alle mehr oder weniger mit ödematöser Schwellung der entzündeten Schleimhaut einhergehen und bei allen die Symptome acuter Larynxstenose, wie sie eben bei acutem Oedem am auffälligsten sind, das Feld beherrschen. Erst allmählich gelangen wir dazu, das einfache, nicht entzündliche Oedem von den entzündlichen Processen zu scheiden, bei welchen es wohl auch zu einer ödematösen Schwellung einzelner Bezirke des Kehlkopfes kommen kann, wodurch das Bild eines Kehlkopfsödems entsteht, welches aber eben nur ein Symptom, oder, wenn man will, eine Complication jenes entzündlichen Processes ist, wie wir es z. B. beim Erysipel des Kehlkopfes, bei Verbrühungen oder Verletzungen der Kehlkopfschleimhaut durch Fremdkörper sehen.

Am consequentesten ist diese Unterscheidung von Kuttner[25]) durchgeführt, welcher das Oedem des Kehlkopfes, bei welchem jede Spur eines entzündlichen Reizes fehlt, und welches durch Erkrankungen der Gefässe, des Herzens und der Niere, dann in Folge von Blutstauungen, von allgemeiner Anämie und Hydrämie, endlich vielleicht durch angioneurotische Processe entsteht, streng abtrennt von allen entzündlichen Processen, denen er die gemeinschaftliche Benennung Laryngitis submucosa beilegt; diese ist entweder: 1) acut infectiöser Natur, wobei entweder das inficirende Virus den Larynx als Eingangspforte in den Organismus benutzt hat (primäre Erkrankung), oder der Larynx im Verlauf einer bereits bestehenden Infectionskrankheit (Erysipel, Scarlatina, Typhus u. s. w.) von dem inficirenden Virus betroffen wird (secundäre Erkrankung). Nach dem pathologisch-anatomischen Befund haben wir zu unterscheiden:

a. Stadium oedematosum, Larynxerysipel;
b. Stadium plasticum
c. Stadium suppurativum } acut infectiöse Phlegmone.

2) Nicht infectiöser Natur; als ätiologische Momente kommen in Betracht: Verbrennungen, Fremdkörper, Fracturen und Zerreissungen, Erkältung, gewisse Arzneimittel, Entzündungsvorgänge in der Nachbarschaft des Kehlkopfes und constitutionelle Erkrankungen (Lues und Tuberculose). Auch hier haben wir zu unterscheiden:

a. Stadium oedematosum;
b. Stadium plasticum;
c. Stadium suppurativum.

Nach dieser Eintheilung wäre der von mir mitgetheilte Fall unter

[25]) Das Larynxödem und die submucöse Laryngitis. Berlin 1895.

Digitized by Google

die Rubrik nicht infectiöse submucöse Laryngitis, Stadium oedematosum oder eher plasticum, einzureihen.

Warum das Jod manchmal in dieser Weise auf den Kehlkopf einwirkt, ist unbekannt. Eigenthümlich ist, dass die Erkrankung nach kleinen Dosen, und plötzlich, kurze Zeit nach Beginn seines Gebrauches, eintritt. Rosenberg macht darauf aufmerksam, dass der Jodismus an jene Gegenden geknüpft ist, die sich durch einen besonderen Reichthum an Drüsen auszeichnen: Conjunctiva, Nasenschleimhaut, äussere Haut, die Parotis; so werden auch im Rachen und im Kehlkopfe jene Stellen ergriffen, welche besonders drüsenreich sind; und da es im Larynx gerade jene Stellen sind, wo die Schleimhaut ihrer Basis nur lose aufliegt, wo unter der Schleimhaut sich lockeres, weitmaschiges Bindegewebe befindet, welches leicht durch seröse Flüssigkeit infiltrirt wird, so ist es erklärlich, dass es bei einer derartigen Entzündung leicht zu einer ödematösen Durchtränkung kommen kann. Warum im Vergleich zu anderen Schleimhäuten der Kehlkopf so selten von der Krankheit befallen wird, kann man heutigen Tages nicht sagen, denn durch das Wort Idiosynkrasie, welche Avellis annimmt, ist der Connex nicht erklärt.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 26. October 1897.

Vorsitzender: Prof. Urbantschitsch.
Schriftführer: Doc. Dr. Pollak.

1) Prof. Politzer: Traumatische Schädelverletzung. Bluterguss aus beiden Ohren. Beiderseitige Facialparalyse ohne merkliche Hörstörung.

P. stellt einen 26jährigen jungen Mann vor, der am 16. September in einer Papierfabrik mit seinem Kopfe derart zwischen ein Maschinenrad und eine Wand gerieth, dass die Seitentheile des Schädels heftig zusammengepresst wurden. Während der Pressung hatte Patient die Empfindung des Krachens im Kopfe. Unmittelbar nach dem traumatischen Insult trat stärkere Blutung aus beiden Ohren ein, Patient war betäubt, sehr schwerhörig und klagte über heftige Geräusche. Am zweiten Tage nach der Verletzung entwickelte sich ziemlich rasch eine beiderseitige Facialparalyse, der blutige Ausfluss sistirte, und in den folgenden Tagen wurde nur der Ausfluss einer farblosen Flüssigkeit beobachtet. Schon am fünften Tage nach dem Insulte hörte der Ausfluss aus dem Ohre ganz auf, und es trat rasche Hörverbesserung ein, so dass nach zehn Tagen das Gehör auf dem linken Ohre nahezu normal war, während rechts noch mässige Schwerhörigkeit und leichtes Sausen fortbesteht.

Die Untersuchung ergab an der rechten Scheitelseite oberhalb der Ohrmuschel eine 8—10 cm lange enthaarte Stelle, beide Ohrmuscheln normal, im äusseren Gehörgange und an den Trommelfellen mehrere unregelmässige, schwarz-braune Ecchymosen. Flüstersprache wird links auf 10 m, rechts auf 5 m weit verstanden. Weber wird nach rechts

Digitized by Google

lateralisirt. Rinne positiv. Hohe und tiefe Töne werden gleichmässig gut percipirt. Nach einer Lufteintreibung nach meinem Verfahren wird auch rechts das Hörvermögen auf 10 m gebessert.

Beide Facialnerven gelähmt. Beim Sprechen bleiben die Gesichtsmuskeln starr und unbeweglich. Patient ist nur im Stande, willkürlich kleine Zuckungen an den Labialmuskeln auszulösen.

P. ist der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um eine Fissur an der Calvaria handelt, welche sich durch beide Schläfebeine in der Weise fortsetzt, dass sie durch die hintere, obere Gehörgangswand bis zur hinteren Trommelhöhlenwand durch den Fallopi'schen Canal beiderseits reicht. Die Blutung aus dem äusseren Gehörgange spricht dafür, dass auch eine Blutung im Fallopi'schen Canal erfolgt ist, durch welche die Lähmung beider Facialnerven bedingt wird. Bemerkenswert ist in diesem Falle, dass die Läsion nicht das Labyrinth betroffen hat, was sich nur dadurch erklären lässt, dass der Sprung hinter der Labyrinthcapsel durch die beiden Facialcanäle ging.

P. glaubt, dass nach Resorption des Blutergusses die Facialparalyse schwinden wird. Die Therapie besteht in der innerlichen Anwendung von Jodnatrium, Einreibung einer Jodsalbe am Proc. mast. und Galvanisation des Facialnerven.

2) Prof. Gruber stellt einen 30jährigen[26]) Mann vor, an welchem vor vier Jahren die Trepanation des linksseitigen Warzenfortsatzes ausgeführt wurde. Im Verlaufe der Wundheilung kam es zur Exfoliation des knöchernen Schneckengehäuses derselben Seite auf dem Wege des äusseren Gehörganges. Die damals vorgenommene Hörprobe liess erkennen, dass der Kranke auf dem betreffenden Ohre noch etwas Hörvermögen besitze. Namentlich lateralisirte er den Ton einer am Scheitel oder selbst am rechten Proc. mast. angesetzten tönenden Stimmgabel der verschiedensten Höhe immer nach links. Setzte man die tönende Stimmgabel auf dem linksseitigen Proc. mast. an, versetzte der Kranke die Perception in das linke Ohr.

Seit nahezu drei Jahren hatte die Otorrhoe am linken Ohre gänzlich aufgehört und der Kranke sich des besten Wohlseins erfreut. Seit acht Tagen hatte sich neuerlich etwas Ohrenfluss aus dem betreffenden Ohre gezeigt, was den Kranken veranlasste, wieder an der Klinik Hilfe zu suchen. Ausser leichten entzündlichen Erscheinungen in der Trommelhöhle lässt sich im Ohre keine weitere Veränderung nachweisen. Die am heutigen Tage (26. October 1897) vorgenommene Hörprobe zeigt ganz dieselben Resultate, wie sie vor nahezu vier Jahren constatirt wurden. Zu bemerken wäre nur, dass der Kranke angiebt, seitdem er den Fluss hat, höre er im Allgemeinen um ein Geringes weniger. Gruber knüpft an diesen Fall die Bemerkung, dass er wohl Niemandem seine Ansicht aufdrängen möchte, dass es aber für ihn feststeht, dass bei theilweiser Zerstörung der Labyrinthgebilde das Hörvermögen auf dem betreffenden Ohre nicht gänzlich erloschen zu sein braucht.

3) Dr. F. Alt stellt einen 14jährigen Patienten vor, bei welchem im Verlaufe einer chronischen Mittelohreiterung mit Polypenbildung

[26]) Derselbe Kranke wurde bereits während der letzten Naturforscherversammlung in Wien in der otologischen Section vorgestellt.

Digitized by Google

eine Exfoliation der Schneckenspitze eintrat. Aus dem Decursus wäre hervorzuheben, dass nie eine Mitbetheiligung des Facialis und nur sehr geringe subjective Beschwerden (Schwindel) vorhanden waren.

Die genaue Functionsprüfung ergab den Verlust des Hörvermögens auf dem erkrankten Ohre für die Luftleitung. Dagegen wurde der Weber'sche Versuch beim Verschluss beider Ohren, beim Verschluss des kranken oder gesunden Ohres, beim Ansetzen der Stimmgabel an den verschiedensten Stellen des Kopfes präcise nach der kranken Seite lateralisirt. Dieses Symptom hielt durch etwa fünf Wochen an. Als der Kranke nach dieser Zeit — die Eiterung war inzwischen sistirt — im Ambulatorium der Klinik Gruber erschien, lateralisirte er den Weber'schen Versuch nach dem gesunden Ohre.

Alt verweist auf ähnliche Fälle in der Literatur von Jakobson-Lucae, Christinnek-Schwartze, Gruber, Cassels, Burchhardt-Merian, Hartmann, Guye, Stepanow, Habermann u. A. und citirt die diesbezüglichen Anschauungen einiger Autoren.

Nach Bezold kann auf dem labyrinthlosen Ohre ein selbstständiges Hören nicht mehr stattfinden; die Kopfknochenleitung kann, je nachdem auf dem anderen Ohre ein Mittelohrprocess, normale Verhältnisse oder eine Erkrankung des inneren Ohres vorliegt, verlängert oder verkürzt ausfallen, giebt uns also für das labyrinthlose Ohr keinen verlässigen Anhaltspunkt.

Lucae spricht sich in ähnlichem Sinne aus und giebt nur zu, dass man, wenn der Ton einer auf den Scheitel aufgesetzten Stimmgabel auf dem labyrinthlosen Ohre stärker gehört wird als auf dem gesunden, nichts mehr schliessen könne, als dass der Stamm des Hörnerven im Wesentlichen gesund sei.

Gruber glaubt, dass bei theilweiser Zerstörung der Labyrinthgebilde das Hörvermögen auf dem betreffenden Ohre nicht gänzlich erloschen zu sein brauche.

Politzer nimmt an, dass diese eigenthümliche Lateralisation des Weber'schen Versuches darauf zurückzuführen sei, dass diese Fälle doch immer mit einer Mittelohrerkrankung complicirt sind, und dass die Perception noch durch die Vorhofsäckchen und die Ampullen vermittelt werde.

Der Vortragende weist darauf hin, dass durch die Schwingungen der Stimmgabel nicht nur die Kopfknochen, sondern auch der Acusticus in Schwingungen versetzt werde, und dieser müsse auch bei einem schneckenlosen Gehörorgane nach dem Gesetze der specifischen Energie auf diesen mechanischen Reiz specifisch, d. i. mit einer Schallempfindung antworten. Allerdings sollte dies nur eine Schallempfindung überhaupt und keine qualitative Schallempfindung sein. Da jedoch beim Weberschen Versuch die Perception des gesunden Ohres nicht ausgeschlossen werden kann, vermeint der Kranke auch die Tonhöhe der schwingenden Stimmgabel mit dem schneckenlosen Ohre bestimmen zu können. Weshalb in einigen Fällen noch nach Jahren der Weber'sche Versuch nach der kranken Seite lateralisirt wird, während im Falle des Vortragenden schon nach fünf Wochen der für Labyrintherkrankung typische Befund hergestellt war, bezieht Alt auf die früher oder später eintretende vollständige Atrophie des Acusticus, gerade so wie bei Sch-

Digitized by Google

nervenatrophie noch sehr verschieden lange Zeit Lichtempfindung durch einen mechanischen Druck ausgelöst werden kann.

Discussion:

Dr. Bing meint, dass das Lateralisiren des Weber'schen Versuches nach dem schneckenlosen Ohre hin sich nach der Mach'schen Theorie vom behinderten Schallabflusse ganz einfach dadurch erkläre, dass die intensiven Schwingungen der Stimmgabel, die noch perceptionsfähigen Reste des nervösen Hörapparates, eventuell das Stück Acusticusnerv im Meat. audit. intern. durch den Knochen hindurch treffen und die hier in Folge Zerstörung des Schallleitungsapparates am Abfliessen gehinderte Summe von Schallwellen — als reflectirtes Plus von Impulsen das Vorwalten der Tonempfindung auf diesem Ohre verursache.

Wird (zum Gegenbeweis) das andere, gesunde Ohr mit dem Finger verstopft, so lateralisirt der W. V. nach dem gesunden Ohr — wodurch sich eben — bei beiderseits gleich reflectirtem Plus — doch der Nerv der gesunden Seite als der feiner percipirende erweist.

Pollak weist darauf hin, dass in einem von ihm beobachteten Falle von einseitiger Exfoliation der Schnecke wohl complete Taubheit sowohl bei äro- als osteotympanaler Zuleitung von Tönen aufgetreten war, bei Galvanisation des Ohres aber Schallempfindung vorhanden war. Er schliesst daraus, dass der Acusticusstamm, wenn gereizt, wohl noch im Stande sei, Hörempfindungen zu vermitteln.

4) Urbantschitsch beobachtete an den Burchardt'schen internationalen Sehproben-Tafeln, die aus verschieden grossen Punkten in wechselnder Anordnung bestehen, bei Einwirkung verschiedener Töne auf das Ohr, sowie bei den verschiedenartigen Reizeinwirkungen auf sensitive Nerven des Kopfes, Halses, sowie beliebiger Körperstellen eigenthümliche Bewegungserscheinungen, die sich von der Art der Einwirkung und von der Anordnung der Punkte abhängig erweisen. An einem vorgeführten Falle riefen die einzelnen Töne (vom Contra-D bis zu d_4) Scheinbewegungen der einzelnen Punkte oder nur eines einzelnen allein, Drehungen derselben nach links, scheinbare Vergrösserung oder Verkleinerung derselben hervor, oder aber es zeigte sich dabei ein weisser Hof um den einzelnen Punkt, der mit der Reizeinwirkung auftrat und wieder schwand, und entweder ruhig blieb oder Kreistouren um den schwarzen Punkt beschrieb.

Die Bewegungserscheinungen finden sich an vielen, auch nicht nervösen Personen vor und zeigen an den verschiedenen Versuchstagen nicht immer ein übereinstimmendes Verhalten.

5) Docent Dr. Gomperz demonstrirt eine nach einer Idee des Docenten Dr. Th. Beer construirte[27]), zur Anwendung zerstäubter Flüssigkeiten in der Nase dienende Spritze. Dieselbe unterscheidet sich von der gewöhnlichen Wundspritze nur durch den etwas stärker gebauten Ansatz, in welchen eine vom Docenten Herz modificirte Körting'sche Düse eingefügt ist. Der Wasserstrahl wird durch vier schraubenförmig gegen einander strebende Canälchen gepresst, wodurch eine sehr feine Zerstäubung erzielt wird. Vor den mit Doppelgebläse

[27]) Von Ludw. Castagna, Mechaniker des k. k. phys. Institutes, Wien, 9, Schwarzspanierstrasse 17.

Digitized by Google

arbeitenden Apparaten hat diese Spritze den Vorzug, dass der Druck der zerstäubten Flüssigkeit ein viel höherer ist, und dass die bei Verwendung eines Gebläses unvermeidliche Abkühlung der Flüssigkeit entfällt.

Dr. Gomperz demonstrirt ferner einen von ihm modificirten Kühlapparat für das Ohr. Die alten sind ziemlich schwer, wodurch sie vielen, besonders empfindlichen Patienten ebenso unleidlich werden, wie durch ihren derzeitigen Bau, wobei die Schläfe und die Regio antetragica unnöthiger Weise abgekühlt werden. Die neuen von Gomperz modificirten Kühlplatten umgreifen nicht die Ohrmuschel, sondern schmiegen sich nur der Regio mastoidea an, sind viel leichter und werden von den empfindlichsten Patienten anstandslos ertragen. Unter die Platten wird eine nasse Wattelage gegeben, fixirt werden sie mit einer Mullgazebinde, welche durch die zwei Ausschnitte der Kühlplatte gezogen wird. Gefertigt werden sie von J. Leiter in Wien.

Die von Dr. Kaufmann gemachte Mittheilung und die Discussion darüber wird im nächsten Sitzungsberichte nachgetragen.

XII. internationaler medicinischer Congress zu Moskau

vom 19.—26. August 1897.

Section XIIb.

Krankheiten des Larynx und der Nase.

Vorsitzender: E. M. Stepanow, Moskau.
Secretär: A. F. Bélayeff, Moskau.
Referent: Dr. **Gorodecki**, Kischinew.

Am 19. August, 7 Uhr Abends: Eröffnung und Organisation der Section. Begrüssung durch den Vorsitzenden Dr. Stepanow.

Sitzung vom 20. August.

I. Dr. Gleitsmann (New-York): Die seit dem letzten internationalen Congress in der Localbehandlung der Larynxtuberculose erzielten Fortschritte. (Programmthema.)

Nach einigen Vorbemerkungen theilt Vortragender die Behandlung der Larynxtuberculose in drei Capitel: medicamentöse, locale und chirurgische.

Er theilt nicht die Ansicht von Stoerk betreffs der Nutzlosigkeit des Creosots; er zieht die Carbonate von Creosot Guajacol vor. Vom Tuberculin und seinen Derivaten hat er keinen Nutzen gesehen. Als Agentien in der Localbehandluug bezeichnet er Einathmung, Pulverisation, Einblasungen, Injectionen und Pinselungen. Botey machte Trachealinjectionen von Creosot und Guajacol. Barton benutzte in denselben Fällen Benzosol, Europhen und Menthol und constatirt bedeutende Besserung bei seinen Kranken. Die Milchsäure, eingeführt von Krause 1885, ist das wahrscheinlich am meisten anerkannte Mittel bei tuberculösen Ulcerationen. Das Phenolum sulphoricinicum von Ruault und das Parachlorphenol von Simanowsky und Spengler

Digitized by Google

werden nicht nur als Heilmittel bei Ulcerationen, sondern als Infiltrat resorbirend empfohlen. Letztere Eigenschaft ist von Vielen, auch dem Vortragenden anerkannt.

Dr. Murray aus Washington empfiehlt ein neues Präparat, das Encymol, welches den die Ulcerationen deckenden Detritus zur raschen Absorption bringt.

Die chirurgische Behandlung umfasst die Incision, das Curettement, die submucösen Injectionen, die Electrolyse, Galvanocaustik, Laryngotomie, Laryngectomie, Tracheotomie und Intubation.

Vortr. betont, dass in den letzten Jahren, seit der Sitzung der amerikanischen laryngologischen Gesellschaft, wo Vortr. alle Details der chirurgischen Behandlung der Larynxphthise besprach, das Curettement in den Vereinigten Staaten häufiger angewendet wird.

Die beiden hauptsächlichsten Einwürfe, nämlich die Unmöglichkeit der Ausheilung der Lungenaffection und die Schwierigkeit, durch das Curettiren alles Krankhafte zu entfernen, sind bereits widerlegt.

Vortr. hält das Curettement für indicirt: 1) bei primären tuberculösen Affectionen, 2) bei circumscripten Infiltrationen und Ulcerationen des Larynx, 3) bei derben Infiltrationen der Regio arytaenoida, der hinteren Wand, der Taschenbänder, 4) bei initialen Lungenaffectionen, 5) bei vorgeschrittenen Lungenaffectionen mit schmerzhafter Dysphagie; contraindicirt 1) bei vorgeschrittenen Lungenleiden, 2) bei disseminirter Tuberculose des Larynx, 3) bei starken Infiltrationen mit Athembeschwerden.

Unter anderen chirurgischen Maassnahmen sind die submucösen Injectionen zu erwähnen, zu denen Dr. Chappell aus New-York eine Auflösung von Creosot in Ricinusöl und Gaultheriaöl benutzt. Die interstitielle cuprane Electrolyse ist von Dr. Sheppegrell in New-Orleans vorgeschlagen. Er benutzt reine Electroden und erzielt ausgezeichnete Resultate.

Vortr. bespricht noch die Resultate der Laryngotomie und Tracheotomie und schliesst, indem er von der Anwendung einer directen Behandlung die besten Resultate für die Allgemeinheit erhofft.

II. Dr. Ricardo Botey (Barcelona): Indicationen der chirurgischen Behandlung der Larynxtuberculose, sowie die zu erhoffenden Resultate.

Vortr. gelangt zu folgenden Schlusssätzen:

1) In den acuten und subacuten Formen der Larynxtuberculose ist die chirurgische Behandlung contraindicirt.

2) Ebenso bei chronischer, infiltrirter und ulcerirter Tuberculose, die auf das ganze oder fast ganze Organ ausgebreitet ist, gleichviel ob vorgeschrittene Lungenaffection bestehe oder nicht.

3) In den 15—20 pCt. restirender Fälle, nämlich bei Lupus des Larynx, welcher fast immer begrenzt ist; bei der ulcerativ vegetirenden und polypoiden Tuberculose; in den einseitigen oder am Larynxeingang localisirten Affectionen; in den chronischen ulcerativen Infiltrationen, die auf $^1/_3$ bis $^1/_2$ des Organs beschränkt sind, ist die chirurgische Behandlung vollkommen indicirt, es sei denn bei ungünstigem Character oder Resistenzfähigkeit des Kranken.

4) Die Scarificationen sind unnütz, die Electrolyse langsam wirkend

Digitized by Google

und manchmal schädlich. Nur die Galvanocaustik kann bei Lupus nützlich sein.

5) Das Resultat dieser Eingriffe hängt zum guten Theil von einer richtigen Auswahl der Fälle ab. Dann aber erreichen wir fast immer bedeutende Erleichterung und Besserung, sowie Verlängerung des Lebens und Verminderung der Leiden. In manchen Fällen (4 bis 5 pCt.) kann man sogar absolute Heilung, die lange Jahre andauert, erzielen.

Vortr. stützt seine Erfahrungen auf über 100 von ihm operirte Fälle von Larynxtuberculose.

III. Prof. Angel Gavino (Mexico): Behandlung der Larynxtuberculose mit Auskratzen, Creosot, Wasserstoff-Superoxyd unterstützt von Intubation.

Eine der bedeutendsten Bestrebungen der modernen Chirurgie und Therapie ist, die Heilung der Larynxtuberculose zu erreichen, die so häufig in diesem Organ vorkommt, besonders bei directer Infection durch die Luft und die so häufig die Respiration durch Zerstörung von Theilen der Glottis stört. Der Arzt soll energisch handeln, um die Leiden zu mildern, welche noch wichtiger sind, als die Symptome der Infection durch den Koch'schen Bacillus, hauptsächlich, indem sie das Schlucken ernstlich stören.

Alle medicamentösen und chirurgischen, bis jetzt empfohlenen Methoden geben keine günstigen Resultate; der Sieg bleibt immer auf Seite des Bacillus; man kann die Kranken nicht radical behandeln, indem man die Sicherheit hat, alles Kranke zu exstirpiren, wie in Carcinomfällen; man muss sich begnügen, die Infection zu begrenzen. Jedoch kann man durch eine rationelle, auf Antisepsis begründete Methode Besserung in dem Zustande des Organes erzielen, aber nichts führt ohne grosse Beharrlichkeit zum Ziele.

In Fällen von tuberculöser Infection giebt die Anwendung von Medicamenten nach folgender Methode sehr gute Resultate.

Wenn Ulcerationen existiren, giebt die Auskratzung mit einer eigenen Curette die Möglichkeit, die inficirten Gewebe auf eine gewisse Tiefe blosszulegen und dann (mittelst Pulverisators und nach Cocainisirung) mit einer Lösung von Creosot in mit 1proc. Milchsäure oder 1 ‰ Hydronaphtol angesäuertem Wasser zu behandeln. Nach einer Pause von einigen Minuten wird dann mittelst Pulverisators reines oder 50proc. Wasserstoffsuperoxyd je nach der Toleranz des Kranken applicirt.

Da das Auskratzen an der Epiglottis sehr schwierig und im Innern des Larynx recht gefährlich ist, beschränkt sich Vortr. immer nur bis zu den Taschenbändern vorzugehen, wenn noch Stimmbänder existiren. In zwei Fällen, wo der Larynx fast zerstört war, kratzte Vortr. von Innen und nach der Tracheotomie von Aussen aus und applicirte dann eine Creosotlösung. In vielen Fällen gestattet die Intubation die Auskratzung oder auch nur die Application von Medicamenten, und nach den sehr ermuthigenden Resultaten, die Vortr. erzielte, glaubt er, es sei dies eine der vortheilhaftesten Anwendungen der Intubation. In sehr schweren Fällen, in denen die Zerstörung weit vorgeschritten ist, erlaubt nur die Tracheotomie, frei zu handeln, ohne Asphyxie zu befürchten, welche bei diesen Eingriffen so häufig ist. Die intra-

Digitized by Google

laryngealen Injectionen von jodoformirtem Creosotöl in der Dose von 2—3 g sind ein sehr wichtiges Unterstützungsmittel.

Vortr. verfügt über keine Erfahrungen über das Koch'sche Tuberculin, von dem er sicherere Resultate für die Heilung der Tuberculose erhofft.

IV. Dr. L. Przedborski (Lodz): Ueber Phenol sulfo-ricinicum bei Larynxtuberculose und manchen chronischen Nasen- und Rachenleiden.

Vortr. stellt folgende Sätze auf:

1) Das Phenol sulfo-ricinicum kann als Specificum gegen die Larynxtuberculose und als Recidive verhütendes Mittel nicht betrachtet werden, immerhin reiht sich dasselbe der Milchsäure ebenbürtig an. In Verbindung mit der chirurgischen Behandlung gelingt es manchmal, den Kranken eine bedeutende Besserung und sogar temporäre Heilung zu verschaffen.

2) Das Phenol sulfo-ricinicum besitzt der Milchsäure gegenüber einige wesentliche Vortheile. Die Application desselben ist den Kranken angenehmer, verursacht geringere Schmerzen, macht die Cocainanwendung fast unnöthig; doch sind, wie Vortr. glaubt, die durch das Phenol erreichten Heilerfolge weniger dauerhaft, als dieselben bei der Milchsäure.

3) Das Mittel wirkt, wie das richtig Heryng angiebt, am promptesten: bei der tuberculösen Infiltration der wahren Stimmbänder, der aryepiglottischen Bänder, der Santorini'schen und Aryknorpel und bei zerfallenden Infiltraten und Exulcerationen im intraarytänoidealen Raume. Weniger erfolgreich werden durch das Phenol sulfo-ricinicum die diffusen Infiltrate an der Epiglottis und am allerwenigsten die der Taschenbänder beeinflusst. In diesen letzten Fällen leistet die Combination der Phenolbehandlung mit der localen chirurgischen Therapie bedeutend bessere Dienste.

4) Als symptomatisches Mittel verdient das Phenol sulfo-ricinicum eine viel grössere Anwendung, dasselbe versagt auch in den verzweifeltsten Fällen nicht seine mildernde und schmerzaufhebende Wirkung. Besonders wird durch dasselbe die peinliche Dysphagie erfolgreich besiegt.

5) Bei der Rhinitis atrophica (sechs Fälle) leistete die 20proc. Phenollösung (Bepinselung jeden dritten Tag nach reichlicher Ausspülung und Reinigung der Nasenhöhle) gute temporäre Erfolge; das lästige Gefühl der Trockenheit im Halse schwand, der penetrante Geruch wurde kaum fühlbar, auch war die fortwährende Bildung von Krusten in geringem Maasse herabgesetzt.

Bei der hypertrophischen Form des Nasencatarrhs gelang es dem Vortr., in zwei Fällen die derbe Verdickung der Schleimhaut der unteren Muscheln durch viermalige Anwendung der 30proc. Phenollösung zum Schwinden zu bringen.

Auch in drei Fällen von Pharyngitis lateralis schwanden die seitlichen Wülste nach mehrmaliger Application derselben Lösung.

Discussion:

Dr. Leduc (Nantes): Da die Application medicamentöser Flüssigkeiten und Pulver mit Hilfe des Spiegels gewisse Unbequemlichkeiten

Digitized by Google

darbietet, häufige Sitzungen und persönliches Eingreifen des Arztes erfordert, hat Leduc ein gebogenes Glasrohr construirt, mittelst dessen der Kranke pulverförmige Mittel selbst aus einer flachen Schale aspiriren kann.

Dr. Weil (Wien) empfiehlt Antipyrineinblasungen (Antipyrin mit Amylum āā), welche eine grosse Euphorie herbeiführen.

Dr. Heymann (Berlin) bestätigt die Erfahrung von Weil, doch zieht er das Tolipyrin dem Antipyrin vor.

Prof. Chiari (Wien) hat keine günstigen Wirkungen von der Anwendung des Antipyrins gesehen.

Betreffs der operativen Behandlung bemerkt Chiari zunächst, dass man die Fälle von Larynxlupus strenge von der Tuberculose zu trennen habe. Bestehen Schlingbeschwerden bei verhältnissmässig geringer Lungenaffection, dann soll curettirt werden. Doch nicht immer wird ein günstiger Effect erzielt, selbst bei gutem Allgemeinzustand und harten, nicht zerfallenden Infiltraten. Solche Fälle können übrigens nahezu vollständig ausheilen. Electrolyse hält Ch. für unnütz. Ch. hat es nie versucht, die ganze Epiglottis zu entfernen. Im Gegensatz zu Gavino meint Ch., dass die Tubage immer einen Reizzustand hervorrufe, dagegen sind die Auskratzungen im Innern des Larynx nicht gefährlich.

Dr. Hajek (Wien) betont die Schwierigkeit der Auswahl der Fälle. Oft schadet die locale Behandlung direct, selbst in Fällen von circumscripten tuberculösen Affectionen bei gutem Allgemeinzustande. Freilich heilt oft der Larynx aus, aber im Anschluss an die Cocainisirung verliert Patient den Appetit und geht zu Grunde. Daher muss man oft nur symptomatisch behandeln.

Dr. Gorodecky (Kischineff) berichtet über mehrere Fälle, wo er gezwungen war, bei Laryngostenose in Folge tuberculöser Infiltration der Taschenbänder intralaryngeal zu operiren, da die Kranken auf die vorgeschlagene Tracheotomie nicht eingingen. Es gelang in allen Fällen, freie Athmung zu erzielen.

Prof. Moure (Bordeaux): Nicht in allen Fällen nützt die chirurgische Behandlung; nur wo eine gründliche Entfernung alles Krankhaften möglich ist, soll man an die Operation schreiten. In vielen Fällen hat die Behandlung den tödtlichen Ausgang direct beschleunigt.

V. Dr. P. Heymann (Berlin): Der Begriff des Kehlkopfcatarrhs.

P. Heymann ist von der Erfahrung ausgegangen, dass das Wort Catarrh von den verschiedensten Autoren in ganz verschiedenem Sinne gebraucht wird, so dass eine Klarstellung dessen, was man mit diesem Wort bezeichnen will, am Platze erscheint. Die im grossen ärztlichen Publikum gebräuchlichste Begrenzung des Wortes geschieht nach ätiologischen Grundsätzen, indem dadurch alle diejenigen entzündlichen Affectionen der Schleimhaut bezeichnet werden, welche nicht durch constitutionelle (dyscrasische) Ursachen veranlasst und durch keine grobe Verletzung hervorgerufen sind. Die entzündlichen Schleimhautaffectionen in dieser ätiologischen Begrenzung zeigen ein derart übereinstimmendes klinisches und anatomisches Verhalten, dass H. dazu gelangt, einen catarrhalischen Krankheitsprocess analog

Digitized by Google

dem tuberculösen, luetischen u. s. w. aufzustellen. Die Aetiologie des catarrhalischen Krankheitsprocesses in diesem Sinne ist allerdings keine einheitliche, doch gehen die verschiedenen ätiologischen Momente in einander über, wirken zusammen und cumuliren sich. Die ätiologischen Momente sind theils thermischer, theils mechanischer und theils chemischer Natur. Als thermische Ursachen kommen in erster Linie in Betracht die Ueberhitzung, d. h. der dauernde Aufenthalt in überhitzten Räumen, und was wir gemeinhin Erkältung zu nennen pflegen. Die Wirkungsweise dieser beiden Einflüsse ist trotz mannigfacher Erklärungsversuche bisher nicht ganz klar gestellt. Bei den mechanischen Ursachen kommt im Wesentlichen in Frage der Einfluss der Ueberanstrengung und der durch die Athmung in die Luftwege gelangten Staubtheilchen. Sobald diese letzteren chemisch differenter Natur sind, bilden sie neben den der Athmung feindlichen Gasen die Schädlichkeiten chemischer Natur. Die Anschauung einiger Bacteriologen, dass alle diese Ursachen nur die Gelegenheitsursache für die Invasion pathogener Microben darstellen, ist bisher durch keine Thatsache gestützt.

Discussion.

Prof. Jurasz (Heidelberg): Es giebt Fälle, wo man Catarrh von Lues und Tuberculose nicht unterscheiden kann. Vorläufig sollen wir von Catarrh nur dort sprechen, wo wir Schwellung, Hyperämie und Secretionsveränderung finden. Die ätiologische Bestimmung des Begriffes vom Kehlkopfcatarrh ist nicht festzuhalten.

Nachmittagssitzung.

VI. Prof. von Hacker (Innsbruck): Ueber die Oesophagoscopie und ihre klinische Bedeutung. (Programmthema).

Nach einem kurzen Hinweis auf die geschichtlichen Phasen, welche die Oesophagoscopie durchmachte, bis sie zu dem heutigen Stande gelangte, wird begründet, warum der Referent das von ihm angewendete Verfahren der Oesophagoscopie nach dem Princip von Mikulicz in der durch die Verwendung des von einem Glühlämpchen ausgehenden reflectirten Lichtes vereinfachten und verbesserten Form, von der sich auch Rosenheim's Untersuchungsart nur im Unwesentlichen unterscheidet, für das derzeit Zweckmässigste hält. Es werden hierauf unter Zugrundelegung des Aussehens und physiologischen Verhaltens des normalen Oesophagus-Innern die davon abweichenden bedeutungsvollsten Befunde bei den wichtigsten Speiseröhrenerkrankungen: den entzündlichen Processen, den Verengerungen, der Erweiterung, der Divertikelbildung, den Neubildungen und den Fremdkörpern besprochen. Aus diesen Auseinandersetzungen ergiebt sich die klinische Bedeutung der Oesophagoscopie, die in erster Linie ein diagnostisches Hülfsmittel ist, aber ausserdem ganz besonders bei den Fremdkörpern in der Speiseröhre auch therapeutischen Zwecken dient. Hierauf wird das Instrumentarium demonstrirt, die Technik seiner Einführung besprochen und am Lebenden gezeigt.

Tafeln mit zahlreichen Abbildungen normaler und pathologischer ösophagoscopischer Befunde erläutern die Ausführungen des Vortragenden.

Digitized by Google

Discussion.

Dr. Gottstein (Breslau) spricht im Namen seines Chefs Prof. Mikulicz. Mikulicz cocainisirt im Gegensatz zu Hacker unter Spiegelbeleuchtung nach Methode der Laryngologen, auch läßt er Pat. auf der rechten Seite liegen, wobei das Blut Pat. nicht zu Kopfe steigt. Der Kopf des Pat. wird gehalten und nicht zu stark nach hinten geneigt. Pat. wird vor der Oesophagoscopie noch einmal sondirt. M. nimmt zuerst das grösste Rohr, die Untersuchung dauert nicht mehr als drei Minuten. Das Rohr wird bis an die Cardia eingeführt. M. hat sein ursprüngliches Instrument beibehalten und benutzte zur Beleuchtung Anfangs Mignonlämpchen, später das Casper'sche Panelectroscop. Das Instrument hat am hinteren Ende einen Trichter. Das Austupfen wird sehr schnell gemacht. Nachtheile und Nacherkrankungen sind nicht vorgekommen. Sodann berichtet Gottstein über einige interessante Fälle aus der Klinik von Mikulicz.

Prof. Rosenheim (Berlin): Das Instrumentarium Rosenheim's (mit Casper's Electroscop) ist jetzt allgemein acceptirt. Der harte Stumpf am Ende ist durch einen weichen Schlauch zu ersetzen. R. läßt Pat. auf dem Rücken liegen. Der Tisch hat eine bewegliche Platte und eine Ausbuchtung für den Hals. R. hat viele Fremdkörper extrahirt und berichtet über einige Fälle, unter anderen auch, wo ein Riß im Oesophagus Fremdkörpersymptome machte. R. benutzt eine 3—5proc. Cocainlösung, benetzt das Intrument mit warmem Wasser und sondirt nicht vor der Untersuchung. Unter seinen Fällen erwähnt R. zwei, wo er Divertikelbildung diagnosticirte. Bei seinen Versuchen kam R. zufällig auch darauf, zu tracheoscopiren. Er führt einen kleinern Tubus bis zur Bifurcation ein und kann auch in den Bronchus hineinsehen.

Prof. Hacker hat Anfangs auch unter Spiegelbeleuchtung cocainisirt, es aber später aus Bequemlichkeitsrücksichten aufgegeben. In der Seitenlage hat er wenig ösophagoscopirt, da die Patienten die Rückenlage vorziehen. Schädliche Nachwirkungen hat H. nicht gesehen, aber Periösophagitis in einem Falle 8—10 Tage nach der Untersuchung; bei der Section fand sich keine Verletzung. Diagnostische Irrthümer können vorkommen. So nahm H. in einem Fall eine Compression des Oesophagus durch ein Schilddrüsencarcinom für Verätzungsstrictur an. Was das Panelectroscop anbetrifft, so zieht H. das Leiter'sche vor.

Sitzung vom 21. August.

I. Prof. O. Chiari (Wien): Cancer laryngis. Diagnose und Therapie. (Programmthema.)

Chiari referirt über den derzeitigen Stand der Diagnose und Therapie des Larynxcarcinoms auf Grund der fremden Statistik und fremder diesbezüglicher Arbeiten. Ausserdem bezieht er sich auf ein Material von nahezu 70 Fällen eigener Beobachtungen, von denen er 12 durch partielle Exstirpation von aussen her und einige andere endolaryngeal operirte. Da die Diagnose ausführlich von dem Correferenten Primarius Dr. Georg Catti besprochen wird, beschränkt sich Chiari hauptsächlich auf die Frage der histologischen Diagnose und beleuchtet deren Werth durch Anführung einiger Beispiele.

Digitized by Google

Ferner ergeht er sich des Näheren über die Differentialdiagnose gegen Papillom, Pachydermie, Tuberculose und Syphilis.

Die Therapie hat zunächst Rücksicht zu nehmen, ob das Individuum für eine eingreifende Maassnahme kräftig genug ist, und ob Aussicht besteht, alles Krankhafte entfernen zu können. Endolaryngeale Eingriffe sind als curative Behandlung selbst bei geringer Grösse und Ausbreitung der Neubildung von sehr zweifelhaftem Werthe; dagegen sind probeweise Excisionen einzelner Theile behufs Sicherung der Diagnose durchaus zulässig, da sie gewöhnlich das Wachsthum der Geschwulst nicht beschleunigen. Doch kommt solches ausnahmsweise vor; daher soll man der Probeexcision die radicale Operation so schnell als möglich folgen lassen.

Als typische Behandlung wird die Laryngofissur, eventuell halbe oder totale Exstirpation hingestellt. Die günstigsten Erfolge liefert die erste Methode, wenn es sich darum handelt, ein Stimmband oder Taschenband zu exstirpiren; denn die Operation ist ungefährlich und ihr Resultat ist meist völlige Herstellung freier Athmung und guter Stimme, ohne dass Patient gezwungen wäre, die Canüle zu tragen.

Weniger gute Erfolge liefert die halbseitige Exstirpation, da danach meist die Canüle liegen bleiben muss. Auch ist das Schlingen oft behindert. Endlich ist auch die Operation gefährlicher. Dasselbe gilt in noch höherem Maasse von der totalen Exstirpation des Larynx. Alle diese Operationen sollten in der Regel nur bei innerem Krebs vorgenommen werden. Drüseninfiltrationen von irgend bedeutender Ausdehnung verschlechtern die Prognose sehr bedeutend. Aus diesen Daten erhellt die Wichtigkeit, den Krebs des Kehlkopfes sehr frühzeitig zu diagnosticiren, da man dann dem Patienten eher eine dauernde Heilung mit Functionserhaltung des Larynx garantiren kann. Bei nicht mehr operablen Carcinomen ist die Tracheotomie vorzunehmen, wenn Stenose besteht, oder man kann die das Lumen verengenden Wucherungen endolaryngeal entfernen.

II. Dr. G. Catti (Fiume): Cancer laryngis. Diagnose und Therapie. (Programmthema). — Referat fehlt.

Discussion.

Dr. Bar (Nice) berichtet über einen Fall, wo auf tuberculösem Boden sich ein Larynxcarcinom entwickelte.

Prof. Krause (Berlin): Die Diagnose nach dem äusseren Aussehen allein zu stellen, ist nur bei grosser klinischer Erfahrung möglich. Die histologische Untersuchung ist so wichtig, dass man Niemand, ohne dieselbe vorher ausgeführt zu haben, operiren soll, um so mehr, als man immer ein Stück des Tumors zur Diagnose entfernen kann. Die Krebse, welche sich im hinteren Theil des Larynx localisiren, sind meist vom Pharynx her fortgepflanzt. Was die Operation anbetrifft, so ist die Resection des Larynx das Beste, wobei Schluckpneumonie am sichersten vermieden wird, wenn die Trachea an die äussere Wunde angenäht und die Schleimhaut des Pharynx zur Bedeckung der Wunde verwerthet wird.

Dr. Hajek (Wien): Die äusseren Larynxcarcinome sind, sowohl was Verlauf als auch Prognose anbetrifft, strenge von den inneren zu trennen, da letztere viel gutartiger sind und die Lymphdrüsen nicht

Digitized by Google

ergreifen. Was die Frühdiagnose anbetrifft, so ist zu bemerken, dass man oft histologisch negative Resultate erhält, wo Carcinom vorhanden ist, so dass man eigentlich nur einem positiven Befund Werth beilegen kann. Verwechselungen zwischen Tuberculose und Carcinom sind nicht so leicht, als es von mancher Seite behauptet wird, da ein grosses Carcinom sehr characteristisch grobhöckerig ist. Leichter schon ist die Verwechselung mit Lues, so dass man immer eine antiluetische Behandlung versuchen muss, bevor man operirt. Die Verwechselung mit Pachydermie wird in Rücksicht auf den Sitz der Affection selten vorkommen. Die Beweglichkeitsbeschränkung eines Stimmbandes ist kein absolut sicheres Symptom, Hajek hat dasselbe auch bei Pachydermie gesehen.

Dr. Spengler (St. Petersburg): An der Klinik von Professor Simanowsky in St. Petersburg hat Parachlorphenol in 5—10proc. Glycerinlösung sich als symptomatisches Mittel sehr werthvoll erwiesen. Das Extractum chelidonii majoris wird als palliatives Mittel angewendet.

Dr. Castex (Paris): Die Narcose ist beim Larynxcarcinom sehr gefährlich, es kommen dabei plötzliche Todesfälle vor. Die Carcinome reichen manchmal weit in die Trachea hinunter. Bei der Laryngofissur ist die Tamponirung mit Jodoformgaze um die Canüle herum sehr nützlich. Bei der Operation ist es oft nützlich, Knorpeltheile mit der schneidenden Zange zu entfernen, um bessere Uebersicht zu gewinnen. Oft findet man dabei ein Oesophaguscarcinom, welches sich durch keine Symptome manifestirte.

Dr. Rosenberg (Berlin): Unter den subjectiven Symptomen sind ausstrahlende Schmerzen nach dem Ohre schon im Frühstadium des Carcinoms hervorzuheben. Bewegungsbeschränkung der Stimmbänder ist auch bei Pachydermie vorhanden. Was die weisslichen Auflagerungen anbetrifft, welche man oft bei Carcinom sieht, so kommen sie auch bei anderen Zuständen vor. Auch die histologische Diagnose ist nur bei positivem Befund unzweifelhaft. Bei der Entnahme von Probestücken einer malignen Geschwulst wächst oft das Entfernte sehr rasch nach. Bezüglich der Localisation des Krebses schliesst Rosenberg sich seinen Vorrednern an. Betreffs der Jodbehandlung ist zu bemerken, dass Jod auch bei Carcinom eine objectiv wahrzunehmende Wirkung ausübt. Endolaryngeale Operationen sind manchmal von palliativem Nutzen, wo die äussere aus irgend welchen Gründen nicht gemacht werden kann.

Dr. Heryng (Warschau) berichtet über einen Fall von Pharynx- und Larynxcarcinom, wo ein haselnussgrosses Stück bei der Probeexcision gewonnen wurde und doch von einem bedeutenden Microscopiker kein Carcinom gefunden wurde. Erst nach der äusseren Operation wurde es constatirt. Perichondritis kommt bei Carcinom oft vor. Die Anwendung der Galvanocaustik reizt ziemlich stark, Jod jedoch bringt oft temporäre Besserung.

Dr. Weil (Wien) erwähnt auch einen Fall, wo ein carcinomatöses Geschwür am Petiolus epiglottidis und dem rechten Taschenbande sass. Die Probeexcision ergab ein negatives Resultat. Später ergab sich dennoch Carcinom.

Dr. Gleitsmann (New-York): Der in den letzten Jahren erzielte

Digitized by Google

Fortschritt liegt auf dem Gebiete der Therapie. Sehr wichtig ist die Annähung der Trachea an die äussere Wunde nach Solis-Cohen.

Prof. Chiari (Wien) hat keine Gefahr von der Narcose gesehen. Die explorative Thyreotomie ist keine gefährliche Operation. Die Laryngofissur resp. partielle Resection ist womöglich der totalen vorzuziehen, da Sprache und Athmung auch ohne Canüle ermöglicht bleiben. Was schliesslich das Jodkali anbetrifft, so kann es für Wochen Besserung bringen.

Dr. Catti (Fiume): Die Unterschiedsmerkmale zwischen Tuberculose und Carcinom sind sehr zahlreich, doch hängt die richtige Deutung derselben nur von persönlicher Erfahrung ab. Eventuelle antiluetische Behandlung muss in energischer Weise unter Aufsicht des Arztes vorgenommen werden. Tiefere Infiltrationen des Larynxgewebes werden von einfachen Auflagerungen mittelst der Sonde unterschieden.

Nachmittagsssitzung.

III. Dr. Gleitsmann (New-York) demonstrirt in Vertretung der Herren Dr. J. Macintyre (Glasgow) und Dr. Mount-Bleyer (New-York) eine Reihe von Röntgen'schen Photographien des Larynx und anderer Organe.

IV. Dr. Albert Rosenberg (Berlin): Ueber Laryngitis fibrinosa chronica.

Am 27. März 1896 kam der 67jähr. Hospitalit in die Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkrankheiten mit der Klage, dass er seit kurzer Zeit an stechenden Schmerzen im Halse leide; dieselben hätten schleichend ohne Störung des Allgemeinbefindens begonnen und allmählich an Intensität zugenommen. Krank will er bis dahin nie gewesen sein, insbesondere leugnet er eine Infection.

Die Untersuchung ergiebt bei einem sonst gesunden Manne: Rhinitis atrophicans, defect. septi narium fere totius, cicatrices pariet. post. pharyng., conresc. arcus pharyngopalatin. cum par. post. pharyng., cicatrix margin. epiglottidis.

Die omegaförmige Epiglottis ist an der ovalen Fläche lebhaft gerötet und etwas geschwollen; links neben der pharyngoepiglottischen Falte sieht man einen erbsengrossen, blutigrothen, runden oberflächlichen Defect im Schleimhautepithel, eine Erosion. Der übrige Theil des Kehldeckels ist fast ganz von einer graulich-weissen, dünnen Membran bedeckt, sieht aus, als wäre er mit einem grauen Schleier überzogen; an den seitlichen Randzonen verdickt sich die Membran, überragt das Niveau der Umgebung ein wenig und hat eine sattere, intensiver grauweisse Farbe. Von der Epiglottis setzt sich diese Membran auf die rechte aryepiglottische Falte fort, die sie vollkommen einhüllt; der Rand der intensiv grauweisslich verfärbten Stellen setzt sich ziemlich scharf gegen die lebhaft, zum Theil fast blutigrothe Umgebung ab. Die Taschenbänder sind geschwollen und rot. Das linke zeigt am Uebergang in die den Aryknorpel bekleidende Schleimhaut ebenfalls eine graulich-weiss verfärbte Stelle.

Die weitere Beobachtung stellte nun fest, dass an der Epiglottis, den ary- oder pharyngo-epiglottischen Falten, bald hier, bald dort, oder auch an mehreren Stellen gleichzeitig sich eine lebhafte Röthung einer

Digitized by Google

beschränkten Schleimhautpartie einstellte, der am nächsten Tage eine grauweisse fibrinöse Auf- resp. Einlagerung folgte. Eine Entfernung derselben mit der Zange war ziemlich schwierig, da sie der Schleimhaut fest anhaftete, so dass dieselbe nachher ein blutiges erodirtes Aussehen hatte. Diese weissen Membranen wurden allmählich dünner, schliesslich lag es nur noch wie ein grauer Schleier auf der Schleimhaut, deren Roth schon hindurchleuchtete; der Belag wurde immer dünner und schwand schliesslich ganz, um an seiner Stelle eine lebhaft geröthete Schleimhaut zu hinterlassen, die ihrerseits auch allmählich abblasste. Der ganze Verlauf dieses Processes nahm einen Zeitraum von ca. acht Tagen ein. Die Umgebung der in der beschriebenen Weise erkrankten Partie war in schmaler Zone sehr lebhaft roth.

Kaum war nun dieser Process an einer Stelle abgelaufen, so zeigte sich der Beginn desselben an einer anderen, oder wenn er hier sich noch in absteigender Linie befand, begann er dort sich zu entwickeln, so dass man — aber immer nur auf der Schleimhaut des Larynxeinganges — gewöhnlich die verschiedenen Phasen der Entwicklung und Rückbildung neben einander sehen konnte; kaum dass einige Tage vergingen, in denen der Larynx frei war. Dieses Auf und Ab der örtlichen Krankheitserscheinungen hatte auf das Allgemeinbefinden nur durch die Schmerzhaftigkeit des Schluckens Einfluss, so dass einmal der Schmerz und dann die verminderte Nahrungsaufnahme dasselbe beeinträchtigten. Im Uebrigen fühlte sich der Patient gesund, insbesondere war nie Fieber vorhanden.

Um einerseits die fibrinöse Natur der Auflagerung sicherzustellen, resp. den entzündlichen Process in der Schleimhaut histologisch zu fixiren und andererseits zu entscheiden, ob es sich nicht etwa um eine diphtherische Erkrankung handelte, entfernte ich mit der Zange ein Stück der erkrankten Schleimhaut mit der Membran und impfte andererseits zwei Mal ein von derselben mit ausgeglühtem Löffel entferntes Stückchen auf Blutserum. Es entwickelten sich keine Diphtheriebacillen, die auch in einem besonders angefertigten microscopischen Präparat nicht nachweisbar waren; dagegen fanden sich verschiedene Strepto- und Staphylococcen. Die Schleimhaut wurde in Serienschnitte zerlegt und u. A. nach Weigert gefärbt; es zeigte sich, dass es sich in der That um Fibrin handelte, das ziemlich tief in die Schleimhaut eindringt; unterhalb desselben befindet sich die Mucosa im Zustande lebhafter Entzündung. Es handelte sich also in der That um eine Laryngitis fibrinosa non diphtherica. Was nun aber den Fall noch ganz besonders im Vergleich zu den bisher bekannten ähnlichen Beobachtungen auszeichnet, ist die Dauer des Krankheitsprocesses. Nämlich seit dem März 1896 steht der Patient in unserer regelmässigen Beobachtung; wir sehen ihn wöchentlich zwei Mal, und das Bild ist heute genau dasselbe wie vor $1^1/_2$ Jahren. Der Process ist bisher durch die verschiedensten örtlichen, calmirenden, adstringirenden und ätzenden Mittel ebenso wenig beeinflusst worden, wie durch innere Medicamente, insbesondere Jodkali; auch wenn man von jeder Medication und localer Behandlung abstand, änderte sich das Bild nicht.

Was die Aetiologie anlangt, so konnte weder in der Lebensweise, noch in den Wohnungsverhältnissen oder im Verkehr mit anderen

Digitized by Google

Personen etwas aufgefunden werden, was hierbei in Frage kommen könnte; diese Recherchen konnten beim Patienten, der schon seit länger als ein Jahrzehnt im Hospital wohnt, sehr genau vorgenommen werden.

Es fand sich auch im Hospital in der ganzen Zeit der Beobachtung kein ähnlicher Fall oder ein solcher, von dem aus eine Infection möglich war. Ausserdem war Patient weder Raucher, noch Potator.

Die Narbenverwachsungen in seinem Pharynx lassen mit Sicherheit eine frühere Lues erkennen; es ist das ein Moment, das ich aus dem Grunde in Betracht ziehen möchte, weil in einem anderen Falle, den ich allerdings in vivo zu beobachten nicht Gelegenheit hatte, von dem ich nur das Präparat gesehen hatte, ebenfalls alte Syphilis bestanden hatte. Hier handelte es sich auch um eine Laryngitis fibrinosa chronica, die übrigens auch den mittleren Kehlkopfraum befallen hatte. Die entzündliche Erscheinung an der Schleimhaut steht in geradem Verhältniss zur Intensität des die Entzündung hervorrufenden Reizes und im umgekehrten Verhältniss zur Widerstandsfähigkeit des Organismus des erkrankten Individuums; möglich, dass hier die Syphilis die Resistenzfähigkeit des ohnehin wegen des Alters schon geschwächten Organismus noch mehr herabgesetzt hat; auch in dem anderen oben erwähnten Falle handelte es sich um ein altes Individuum.

Discussion:

Prof. Chiari (Wien) hält den Fall für einen Pemphigus foliaceus.

Dr. Rosenberg: Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass die Auflagerungen sich nicht über den Larynxeingang hinaus ausbreiteten.

Prof. Chiari betont, dass es Fälle giebt, wo der Pemphigus nicht in Form von Blasen, sondern als Auflagerungen erscheint.

(Schluss folgt.)

Sitzungs-Berichte der Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte.

Sitzung vom 28. Februar 1897.

Vorsitzender: Herr v. Navratil.
Secretär: Herr Polyák.

1) Herr Baumgarten: Beiderseitige Siebbeinzelleneiterung mit Polypenbildung.

Die 28jährige Patientin, Stubenmädchen, leidet seit vier Jahren an Verstopfung beider Nasenhöhlen und Kopfschmerzen. Aus beiden Nasenhöhlen wurden Polypen mit der Zange bei sehr grosser Blutung wiederholt entfernt, doch war nur die rechte Seite für kurze Zeit für die Luft durchgängig, links hingegen nicht. Seit einigen Monaten treten continuirliche rasende Kopfschmerzen auf, das linke Auge sieht zeitweilig trüb, Patientin kann kaum mehr arbeiten, schläft Nächte hindurch kaum einige Stunden, hat böse Träume, ist bedeutend abgemagert, kann nicht essen und ist melancholisch. In der rechten Nasenhälfte sind Polypen sichtbar, links ist der Einblick durch die starke Deviation

Digitized by Google

des Septums sehr verhindert. Im Nasenrachenraum sieht man bei der Rhinoscopia posterior einen grossen Polypen aus der linken Choane heraustreten. Dieser sehr lange, die ganze Choane ausfüllende Polyp wurde mit der kalten Schlinge von rückwärts entfernt, die übrigen Polypen von vorn mit der Schlinge durch ein eigenes schmalblätteriges Speculum, welches durch die Stenose geführt wurde, was eine ebenso mühsame und schmerzhafte, als langdauernde Procedur war, da die Blutung immer stark war. Auf der rechten Seite war die Operation der Polypen eine einfache. Bei der Operation der höher gelegenen Polypen fliesst beiderseits rahmartiger, übelriechender Eiter von oben herab. Mit der Sonde untersucht, findet man überall entblössten Knochen, die Siebbeinlamellen meist zerstört, Alles mit Granulationen erfüllt; nach oben kommt man mit der Sonde bis an das Dach, nach rückwärts bis zur Keilbeinhöhle.

Es wird alles ausgekratzt und die Granulationen entfernt, damit der Eiter freien Abfluss hat, und eine grosse Höhle hergestellt, die beiderseits offen gehalten wird. Nach der Operation schwinden die Kopfschmerzen gänzlich, Blick frei, Nächte gut, Patientin nimmt wesentlich zu, sieht bald blühend aus, so dass sie nach zweimonatlicher Ruhe wieder eine Stelle annimmt. Innerlich wird Jodkali verordnet, local Ausspülungen der Nase.

Nachdem Patientin einige Zeit ausgeblieben war, stellte sie sich wieder vor, da die Nase wieder verstopft ist und die Kopfschmerzen stark werden. Polypen sind keine nachgewiesen; aber die Höhlen sind mit Granulationen erfüllt, nach deren Entfernung die Schmerzen rasch schwinden. Nachdem dieser Zustand sich wöchentlich wiederholt, wird Patientin angewiesen, sich einer systematischen Kur zu unterwerfen. Am Dache gelangt die Sonde links unheimlich hoch hinauf. Wenn keine Meningitis dazutreten wird, ist nach Monaten bei Offenhaltung der Höhlen und fleissiger Austamponirung mit Jodoformgaze Heilung zu erhoffen. Diese Form der Siebbeinzelleneiterung mit Polypenbildung ist bei uns selten zu treffen. Woakes beschreibt mehrere Fälle, doch war in keinem Falle der Polyp so gross, dass er durch die Choane in den Nasenrachenraum reichte.

Lues ist hier gewiss im Spiele, denn solche Zerstörungen kommen fast nur bei Lues vor; doch wird von der Schmierkur abgesehen, da die Erfahrung zeigt, dass diese auf das Leiden ohne Erfolg ist und nur die Localbehandlung, und zwar die energischste, vorzunehmen sei.

Herr Stipanitz fragt, von wo der Process seinen Ausgang nimmt?

Herr Zwillinger hat den Fall auch gesehen und dieselbe Diagnose gestellt.

Herr Morelli: Nachdem die Behandlung solcher Fälle eine langwierige ist, fragt Redner Herrn Baumgarten, ob bei solchen Destructionen es nicht practischer wäre, um Zeit zu gewinnen, mit radicaler Operation nach Oeffnung des Nasenflügels den necrotischen Knochen zu entfernen und so in 6—8 Wochen Heilung erzielen.

Herr Polyák: Die Behandlung des Falles betreffend, denke ich, dass wir Alle Grünwald's Standpunkt theilen und für radicale Operation sind. Bevor hier aber der Nasenflügel abgehoben wird, muss die intranasale Operation versucht werden, welche auch gelingen wird,

Digitized by Google

wenn man die untere Muschel, welche den Raum stark verengt, früher resecirt.

Der Fall besitzt auch ein klinisches Interesse, da Polypenbildung und Sinuseiterung gleichzeitig vorkommen. Die Frage des causalen Nexus zwischen den beiden Leiden wird heute noch vielfach discutirt und man ist nicht einig darüber, welches von beiden das primäre ist und das andere verursacht. Grünwald behauptet, die Polypen betreffend, dass diese Geschwülste in der Mehrzahl aller Fälle so gut wie pathognomonisch für Nebenhöhlenempyeme resp. Herdeiterungen in den Nasengängen sind. In meiner Ordination fand ich in $5^1/_4$ Jahren unter 3823 Kranke 57 Fälle von reinen Nasenpolypen, 15 Nebenhöhlenempyeme und nur drei gemischte Fälle. Ich bin also, auf diese Erfahrungen gestützt, noch nicht in der Lage, Grünwald's Erfahrung, dass die Polypenbildung durch chron. Eiterungen verursacht wird, bestätigen zu können. Ich glaube, dass die Eiterung hier nur eine der verschiedenen ätiologischen Factoren ist, worauf auch meine histologischen Untersuchungen hinweisen; ich habe noch bisher keinen solchen Polypen gesehen, welcher das Bild der bei Eiterungen vorkommenden Granulationsgeschwülste gezeigt hätte.

Herr Stipanits: Bei einem Falle von Siebbeinnecrose ist die Operation von der Orbita aus vorgenommen worden; es besteht auch heute noch eine Fistel mit wenig Eiterung.

Herr Baumgarten: Die Aetiologie der Krankheit betreffend, habe ich in einer Mittheilung (Klinikai füzetetek) vier Formen aufgestellt: 1) offenes Empyem, 2) geschlossenes Empyem, 3) die von Woakes beschriebene Ethmoiditis necroticans und 4) die ossificirende Form. Die Polypen entstehen von Granulationen des Markes der Siebbeinzellen. Das Leiden ist zuerst von Woakes und nicht von Grünwald beschrieben worden.

Ich werde soweit als möglich radical operiren und alle Knochen, welche die Eiterung unterhalten, entfernen; geht die Eiterung auf die Stirnhöhle über, dann wird auch diese eröffnet. Das Oeffnen des Nasenflügels ist aber überflüssig, da dadurch der kranke Knochen, welcher am Nasendache an der Schädelbasis sitzt, auch nicht leichter erreichbar wird. Es ist auch überflüssig, die untere Muschel zu reseciren, Cocain genügt.

Herr Morelli: Nur wenn die Nase eröffnet und das Nasenbein aufgemeisselt ist, wird eine radicale Operation ausführbar. Ich habe diese Operation schon ausgeführt und konnte auch das Keilbein und dessen Höhlen erreichen.

Herr Polyák: Die Woakes'sche Theorie über Polypenbildung darf mit der Grünwald'schen nicht verwechselt werden. Woakes behauptet neben Nasenpolypen stets Necrose der Knochen, besonders aber seine „Necrosing ethmoiditis" zu finden. Grünwald aber, der dagegen protestirt, dass seine Lehre mit der von Woakes confundirt werde, erklärt jene Behauptung von Woakes, welche alle Polypen gerade auf Siebbeinerkrankungen bezieht, für einseitig, da andere Nebenhöhlen- und Herderkrankungen gerade so gut polypöse Wucherungen zur Folge haben, und bezeichnet auch die Angabe von Woakes, dass er eine normale mittlere Muschel überhaupt selten gesehen habe, als eine unbegreifliche Uebertreibung.

Digitized by Google

2) Herr Baumgarten: Lupus oder Lupus tuberculosus des Kehlkopfes.

H. M., 35 Jahre alt, Kaufmann, kam vor einem Jahre in Behandlung. Patient hat nie Lues gehabt, hatte weder Haemoptoe, noch Husten oder Fieber, war auch nicht heiser, nur seit einigen Tagen klagt er über immer mehr zunehmende Schlingbeschwerden, die ihn auch beim Sprechen hindern. In den Lungen ist bei der Percussion und Auscultation nichts nachweisbar, Lues kann ausgeschlossen werden. Im Rachen war zwischen den beiden Gaumenbögen und auf der Tonsille ein weissbelegtes Geschwür zu sehen, welches auf den Seitenstrang herabreichte. Der rechte Rand der Epiglottis fehlte, den Grund des Substanzverlustes bildet ein unebenes Geschwür, welches bis an den freien Rand der linken Seite und auf die rechte ary-epiglottische Falte reichte. Pinselung mit Milchsäure. Man konnte nach einigen Tagen reine Milchsäure anwenden, ohne vorher zu cocainisiren, Schlingbeschwerden wenig besser; Auskratzung der Geschwüre und nachträgliche Milchsäureätzung, worauf die Schlingbeschwerden am anderen Tage schwanden. Nach zwei Monaten Heilung. Der Fall wurde als geheilte primäre Tuberculose des Kehlkopfes angesehen.

Nach zwei Monaten wieder Schlingbeschwerden, Substanzverlust der linken Epiglottisseite; Geschwüre entlang der ganzen linken ary-epiglottischen Falte. Stimme rauh, Percussion normal, an der rechten Lungenspitze etwas Catarrh, im Sputum keine Bacillen. Milchsäurepinselungen, die diesmal schnell die Beschwerden heilen, die Geschwüre der Epiglottis und an der ary-epiglottischen Falte vernarben sich, doch bevor Patient noch entlassen wird, zeigten sich plötzlich im vernarbten Gewebe an denselben Stellen kleine Knötchen und Geschwüre, die rasch durch Milchsäure heilen, aber wieder erscheinen. Patient bekam auch Jodkali, obgleich auf Lues kein Verdacht ist. Nach dreimonatlicher Behandlung Heilung.

Nach sechs Monaten wieder Schlingbeschwerden. An Stelle der Epiglottis nur ein unebener, lappiger Stumpf vorhanden. Rechte ary-epiglottische Falte der ganzen Länge nach narbig, in der Narbe Knötchen und Geschwüre, die nach Milchsäureätzung wieder heilen, doch nachdem eine Woche hindurch Ruhe war, wieder erschienen und wieder in einigen Tagen heilen.

Jetzt ist Alles vernarbt, Patient fühlt sich wohl, hat ziemlich an Gewicht zugenommen, hat keine Beschwerden. Stimme wieder rein.

Lues ist auszuschliessen, da Heilung auch ohne Jodkali das erste Mal erfolgte, ferner da das Innere des Kehlkopfes nicht einmal Catarrh zeigt, ferner deshalb, weil die Narben bei Lues viel characterisirter sind, und weil in luetischen Narben keine Recidiven aufzutreten pflegen.

Gegen Tuberculose spricht die Localisation, die relativ schnelle und wiederholte Heilung, doch wäre dies nicht allein Grund zur Annahme, dass der Process ein lupöser sei; auch sind nicht genug Sputumuntersuchungen gemacht worden, selbst der Umstand, dass Patient kaum nachweisbaren Catarrh hat und letzte Zeit zugenommen hat, fällt nicht in die Waagschale, sondern blos das klinische Bild: der schnelle und grosse Substanzverlust der Epiglottis, dabei die Localisation des Pro-

Digitized by Google

cesses, die schnelle Heilung und Vernarbung und das Wiedererscheinen der kleinen Infiltrate und Geschwüre in der Narbe.

Herr Morelli: Ich hatte auch einen ähnlichen, öfter ulcerirenden Fall, welcher sich auf Milchsäure und Jodoform besserte. Tuberkelbacillen haben wir damals nicht gefunden, der Kranke starb aber 5 bis 6 Jahre später an Tuberculose. Ich bin geneigt, den demonstrirten Fall für Tuberculose zu halten; die Bacillen sollten nicht nur im Auswurf, sondern auch im ausgekratzten Gewebe gesucht werden.

Herr Zwillinger: Wenn Syphilis — wie Herr Baumgarten sagt — mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dann muss man zwischen Tuberculose und Lupus wählen. Wir sehen hier solche Narben, welche bei behandelter Tuberculose öfter vorkommen; characteristisch für Lupus sind aber die zerfallenden Knoten und die sich aus diesen bildenden, schnell verheilenden Geschwüre. Der negative Bacillenbefund ist nicht entscheidend, da Bacillen in spärlicher Zahl auch bei Lupus vorkommen. Was die Ursache dessen ist, dass bei einheitlichem Krankheitserreger verschiedene Bilder resultiren, wissen wir nicht. Ich bin geneigt, den Fall für Lupus tuberculosus aufzufassen.

Herr Némai: Ich erwähne einen interessanten analogen Fall. Es consultirte mich ein starker, gut entwickelter Offizier ohne nachweisbare Heredität, bei dem der Kehldeckel zu einer granulirenden Masse umgewandelt war. Tuberculose, Lues und Carcinom kamen in Betracht, das letztere war leicht auszuschliessen. Weder Herr Löri, noch ich konnten eine sichere Diagnose stellen. Schrötter machte die Probeexcision, fand Tuberculose und schlug eine Milchsäurekur vor; der Patient starb 2—3 Monate später an Phthisis florida. Man könnte sagen, dass die Tuberculose des Kehlkopfes hier primär war, denn sonst waren damals keine Symptome da, was allerdings nicht als Beweis gelten kann.

3) Herr Polyák: Demonstration von galvanocaustischen Curetten für die unteren Muscheln.

Die Curetten sind für jene Fälle von hochgradigen diffusen Hypertrophien construirt, welche zu flach für die Schlinge sind und durch einfache Cauterisation nur in mehreren Sitzungen verkleinert werden könnten.

4) Herr Némai: Ueber eine Eigenschaft des Cricoarytänoidgelenkes.

Vortr. beruft sich auf die Experimente, welche er einige Jahre früher über die Bewegung der Stimmbänder in der verticalen Ebene ausgeführt und mitgetheilt hat und wiederholt kurz die damaligen Resultate, nach welchen der Processus vocalis bei Glottisschluss nicht nur einwärts rotirt, sondern auch heruntergezogen wird, so dass das Stimmband bei Production der höchsten Töne sich nicht hebt, sondern ein tieferes Niveau occupirt, obzwar im Spiegelbilde, so oft wir den Patienten intoniren lassen, die auffallendste Erscheinung eine Bewegung der Stimmbänder und Aryknorpel in die Höhe ist. Diese Erscheinung wird durch das sich in toto Emporheben des Kehlkopfes verursacht, von welcher die relative Stellung des Stimmbandes ganz unabhängig ist.

Vortr. demonstrirt an Präparaten von Ochsenkehlköpfen jene Er-

Digitized by Google

scheinung, dass die Construction des Cricoarytänoidgelenkes die Richtigkeit dieser Experimente vollauf bestätigt. Der Processus vocalis kann nämlich nicht energisch einwärts rotirt werden, ohne dass er sich mit der Höhenachse nach vorn beugt und dadurch der Proc. vocalis sinkt; umgekehrt beugt sich bei energischer Rotation nach aussen der Aryknorpel stets nach rückwärts, wodurch die Stimmbänder sich natürlich heben müssen. Die Erscheinung wird leicht demonstrirt, wenn eine Carlsbader Nadel so in den Proc. vocalis des Aryknorpels eingestochen wird, dass sie die Längsachse des Knorpels passirt, ihre Richtung also mit der des entfernten Stimmbandes gleich ist. Die Nadel sinkt ein jedes Mal nach abwärts, wenn wir einwärts rotiren, und umgekehrt gestattet das Gelenk die Rotation nach aussen nur dann, wenn die Nadel sich nach oben hebt. Die Herren können sich an den demonstrirten Präparaten von diesen Thatsachen selbst überzeugen.

Herr Baumgarten: Hat Herr Némai diese Bewegungen auch schon activ versucht?

Herr Némai: Ja, sie waren immer entsprechend.

5) Herr Némai: Ueber die Elasticität der Trachealknorpel.

Im Verlaufe von Untersuchungen über die Bewegungen der Luftröhre hat Vortr. eine Beobachtung gemacht, welche nicht neu und auch nicht unbekannt ist, beschrieben aber, obwohl sie recht interessant ist, bisher nicht wurde. Wenn wir in die vordere Wand der Trachea einen Längenschnitt, wie bei der Tracheotomie, machen, dann gehen die Wundränder nicht auseinander, die Wunde klafft nicht, sondern die Wundlippen richten sich gerade auf und legen sich auf einander. Dieser Umstand ist um so auffallender, denn wenn wir einen ähnlichen Schnitt in die hintere Wand der Trachea machen, dann bekommen wir eine sehr stark klaffende Wunde, welche beinahe so weit klafft, wie weit das Caliber der Luftröhre war. Diese Erscheinung ist leicht zu erklären, weil die Knorpelbögen nach Durchtrennung der verbindenden elastischen Fasern und Muskeln auf dieselbe Weise auseinandergehen, wie ein gebundener halber Reif, nach Trennung des Bundstrickes. Warum klafft aber die Wunde vorn nicht?

Der Grund liegt offenbar darin, weil die Wirkung der nach rückwärts gespannten elastischen Elemente nicht aufhört, sondern noch gesteigert wird, wenn die Continuität des Knorpelbogens unterbrochen wurde. Der durchgeschnittene Knorpelbogen wird also gerader und die aufgerichteten Wundränder legen sich ausserdem zufolge der zusammenziehenden Wirkung der hinteren Wand auch noch übereinander.

6) Herr Stipanits: Bemerkungen zu dem von Herrn Polyák am 26. November 1896 vorgestellten Falle von Siebbeinzellennecrose.

Vortr. stellt den Patienten nicht vor und beschränkt sich auf einige Bemerkungen. Es fehlen der Vomer und die Nasenmuscheln. Vortr. reflectirt deshalb auf den Fall, weil Herr Polyák seiner Zeit sagte, dass dieser Zustand nach Galvanocaustik entstanden ist. Vortr. behauptet, dass die Elimination der Knochen in Folge von Necrose geschah, welche — wie ein Dermatologe festgestellt hat — luetischer Natur ist. Vortr. glaubt nicht, dass Galvanocaustik die Ursache gewesen sei, denn das ist bisher noch nicht beobachtet worden.

Digitized by Google

Herr Baumgarten theilt auch diese Ansicht.

Herr Polyák: Als der Patient in meiner Behandlung stand, war kein Zeichen von Lues zu sehen; indessen spricht die Vomernecrose, welche seither entstanden ist, factisch dafür, dass der Patient auch syphilitisch ist. Dies ändert aber nichts an dem Wesen der Sache. Wir wollen nur ein wenig die Krankengeschichte resumiren: Patient wurde wegen von Zeit zu Zeit auftretender Nasenverstopfung von nicht fachmännischen Händen in achttägigen Zwischenräumen 7—8 Mal hintereinander in der rechten Nase galvanocauterisirt, welche nun vollständig verstopft wurde, auch von aussen anschwoll und sich mit einem Empyem des rechten Thränensackes complicirte. Nach Reinigung der Nase war kein Zeichen von Gumma zu sehen, die Wunden heilten langsam aber spontan zu. In der linken Nase war weder damals noch heute ein ähnlicher Process vorhanden. Die Necrose wurde hier durch die Caustik verursacht, war latente Lues auch vorhanden, dann kommt sie nur als disponirendes Moment in Betracht. Bitte nur einmal die Litteratur über Syphilis und Reizung nachzulesen.

Herr Israi: Die Discussion ist überflüssig, denn Herr Polyák lässt sich nicht überzeugen. Es ist unmöglich, dass so eine grosse Necrose nach Galvanocaustik entsteht, ist dies aber dennoch der Fall, dann ist es um so besser für den Patienten, weil die durch Lues verstorbenen Knochen um so schneller eliminirt wurden.

Herr Stipanits erwähnt noch einen Fall, wo Syphilis ähnliche Knochennecrosen verursacht hat.

II. Referate.

a) Otologische:

Zur conservativen und operativen Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen. Von A. Lucae. (Therapeut. Monatshefte, Aug. 1897.)

Der an die allgemein practicirenden Aerzte gerichtete Aufsatz enthält manche Bemerkungen, welche auch für den Ohrenarzt beherzigenswerth sind. Mit Hinweis auf den bekannten Ausspruch Wilde's, „dass, so lange ein Ohrenfluss bestehe, wir nie sagen können, wie, wann oder wo derselbe endigen mag", bemerkt L., gewiss mit Zustimmung vieler Collegen, dass, so wahr dieser Ausspruch auch sei, es ebenso wahr ist, dass mit demselben heutzutage viel Missbrauch getrieben werde, insofern man denselben anführe, „um bei jedem beliebigen chronischen Ohrenfluss, meist nach nur einmaliger Untersuchung, einen operativen Eingriff zu rechtfertigen, wobei der Kranke nicht selten durch Bemerkungen, wie: Sie wandeln auf einem Vulcan, das Schwert des Damocles hängt über Ihnen etc., in drastischer Weise zur Operation gedrängt wird." L. weist darauf hin, „dass doch recht viele Fälle auf conservativem Wege, durch einfache sorgfältige Reinigung resp. örtliche medicamentöse Behandlung geheilt werden können, während eine ganze Reihe von Erfahrungen dafür spricht, dass auch nach der Radicaloperation und sorgfältigster Nachbehandlung der Ohrenfluss von Neuem

Digitized by Google

erscheinen, ja selbst der Exitus durch consecutive, intracranielle Erkrankung keineswegs immer verhütet werden kann." So hält L. auch bei Cholesteatomen, bei denen es neuerdings Sitte geworden zu sein scheine, in jedem Falle, auch wenn sich nur Spuren von Cholesteatom zeigen, alsbald zu operiren, dann zunächst eine conservative Behandlung für durchaus gerechtfertigt, wenn die anatomischen Verhältnisse das manuelle Ausräumen oder Ausspritzen der Cholesteatommassen gestatten. Niemand wird bei der grossen operativen Thätigkeit der Berliner otiatrischen Klinik den Leiter derselben einer oppositionellen Stellung gegenüber den Errungenschaften der letzten Decennien auf dem Gebiete der Ohrchirurgie verdächtigen, um so mehr verdient sein offenes Wort volle Beachtung. Keller.

Primäre, subacute Sinusitis frontalis. Empyem. Perforation der vorderen Sinuswand, ungewöhnliche Eiterwanderung quer durch die Diploë des Stirnknochens nach oben und Perforation seiner inneren Knochenlamelle mit Ausgang in eine tödtlich verlaufende septische Meningo-Encephalitis. (Sinusite frontale primitive subaigué. Empyème. Perforation de la paroi antérieure du sinus. Migration insolite du pus à travers le diploé du frontal en haut et perforation de la table interne de cet os, ayant déterminé une méningo-encéphalite septique mortelle.) Von Dr. Forestier in Aix-les-Bains. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. X, No 4, Juli/Aug. 1897.)

Der Krankheitsfall, dessen Verlauf die Ueberschrift wiedergiebt, betraf einen 48 Jahre alten Landwirth und ist bemerkenswerth durch die aussergewöhnliche Aufeinanderfolge der beobachteten Gehirn-Erscheinungen. Beschorner.

Ein Fall von otitischem Hirnabscess. Von Prof. Steinbrügge. (Deutsche medic. Wochenschrift 1897, 41.)

Von besonderem Interesse war in diesem Falle von linksseitigem Schläfenlappenabscess eine mässige Ptosis des linken oberen Augenlides; bekanntlich hat besonders Koerner, dem sich St. anschliesst, auf die Bedeutung dieses Symptoms für die Diagnose eines Schläfenlappenabscesses hingewiesen. Strittig ist bis jetzt die Frage, ob dabei der Kern oder der Stamm des Oculomotorius afficirt ist. St. weist darauf hin, dass der Stamm des Nerven bei Ausdehnung oder Volumenzunahme resp. Verlagerung des Schläfenlappens recht wohl neben der Anhaftungslinie des Tentorium cerebelli, da, wo der Nerv unter die harte Hirnhaut tritt, einen Druck erleiden kann. Keller.

---

b) Rhinologische:

Beziehungen zwischen Nasenhöhle und den Geschlechtsorganen des Weibes. (Des rapports qui existent entre la cavité nasale et les organes génitaux de la femme.) Von Dr. W. Fliess. (Revue hebdomadaires de laryngologie et d'otologie 1897, No. 27.)

1) Der Zusammenhang ist unbestreitbar; bei der Periode kommt Schwellung, Empfindlichkeit, leichtes Bluten der Nasenschleimhaut;

Digitized by Google

diese Symptome sind am meisten an der unteren Muschel und am Tuberculum der Scheidewand ausgeprägt. 2) Ist die Blutung bedeutend, so kann selbe vicariirend für die Regeln angesehen werden. 3) Es besteht sogar eine nasale Form der Dysmenorrhoe; so lässt eine Cocainbepinselung der Nasenschleimhaut die dysmenorrhoeischen Schmerzen aufhören. Letztere werden bekanntlich in abdominale, sacrale, rechtsseitige und linksseitige eingetheilt; in sehr vielen Fällen sistirt die Cocaineinpinselung der unteren Nasenmuschel blos die abdominalen Schmerzen, diejenige des Tuberculum des Septum blos die sacralen Schmerzen. Interessant ist, dass die linksseitige Anästhesirung die rechtsseitigen Unterleibsschmerzen lindert und umgekehrt. Verf. erklärt diesen Zusammenhang durch die cumulative Wirkung des sich so oft wiederholenden Uterusprocesses auf die Schleimhaut der Nase; die Uterusblutung tritt gleich nach der Pubertät nicht immer regelmässig auf, die Zwischenräume sind nicht immer dieselben, die Uterusblutung wird oft durch die Nasenblutung ersetzt. 4) Dieselben Modificationen der Nasenschleimhaut werden oft während einer Schwangerschaft beobachtet; der menstruelle Proçess besteht während der ganzen Schwangerschaft, blos führt er sich nicht durch die Uterusschleimhaut aus. Man möchte behaupten, dass dieser Process latent besteht, um nach zehn Menstruationspausen mit einer Massenmenstruation zu endigen, welch' letztere die Geburt des Kindes ist und welche ebenfalls die Nasensymptome zeigt: bei dysmenorrhoeischen Frauen kann man die Wochenschmerzen während der Geburt durch Cocaineinpinselungen der Nasenmucosa lindern. 5) Es giebt Fälle, wo während des Säugens die Menstruation sich durch regelmässige Nasenblutungen manifestirt. In anderen Fällen tritt nach der Menopause regelmässig wiederkehrendes Nasenbluten ein. 6) In dem Reproductionsact zeigt sich auch das intime Verhältniss der Geschlechtsorgane und der Nasenschleimhaut: Nasenbluten bei Onanie, Nasenverstopfung und Nasenbluten während des Coitus. Die gastrischen Schmerzen der Onanisten werden oft durch Cocainisirung der mittleren Nasenmuschel gelindert; die Totalexstirpation der letzteren hebt die Schmerzen ganz auf. 7) Bei vielen Schwangerschaften sind die Schmerzen ebenso wie das Nasenbluten periodisch; sie treten alle 28 Tage oder alle 23 Tage auf; in diesen Intervallen treten zugleich Milchabsonderung, Fötusbewegungen, frühzeitiges Abfliessen der Amnionflüssigkeit, falsche Wehen auf. Nach der Geburt zeigen diese Momente das erste Erscheinen der Regeln an und treten immer wieder bei den nächsten Regeln ein. 8) Diese periodischen Serien gehen von der Mutter auf das Kind über und dauern das ganze Leben durch; sie zeigen sich bei allen Kindern derselben Mutter und verbinden so die Generationen unter sich. Verf. kommt am Ende seiner Arbeit zu dem Schluss, dass namentlich der weibliche Organismus eine gewisse Quantität toxischer Stoffe enthält, welche in gewissen Intervallen ausgeschieden werden müssen. Bei diesem Phänomen können die Nasen- und die Uterusschleimhaut sich ersetzen. Ueber die Natur dieses Zusammenhanges kann höchstens die Embryologie Aufschluss geben.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Ein Fremdkörper in der Nase, einen Fall von Rhinitis caseosa simulirend. (Un corps étranger du nez simulant la rhinite caséeuse.) Von Dr. Zapparoli. (Boll. delle mal. dell'orecchio und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 21.)

Auf seine eigenen und fremden Fälle gestützt kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Die Rhinitis caseosa stellt keine specifische Krankheitsform dar, sie hat keine specielle Aetiologie. 2) Unter der Rubrik Rhinitis caseosa muss man jeden käsigen Nasenausfluß verstehen, welcher durch Hemmung des Ausflusses der Nasensecrete entsteht, sei dieses Hinderniss syphilitische Gumma, Sinusitis, Fremdkörper, Folge von Trauma etc. 3) In den seltenen Fällen, wo man die Ursache nicht findet, muss man noch nicht schliessen, dass diese Ursache nicht besteht; man muss so handeln, als bestände sie.

Dr. P. K.

---

c) Pharyngo-laryngologische:

Fall von Blutung der Zungenmandel. (Relation d'un cas d'hémorrhagie de l'amygdale linguale.) Von Dr. Hall Fister. (The laryngoscope und Revue hebdomadaire de laryngologie 1897, No. 4.)

Eine 25jährige Schullehrerin hatte Appetitlosigheit, Schlingbeschwerden, Husten, Abmagerung und Blutspeien; selbe bot das Bild einer Phthisis florida dar, obwohl die physicalische Untersuchung der Brustorgane ein negatives Resultat ergab. Das Laryngoscop zeigte bedeutend angeschwollene, mit Varicen besetzte Zungenmandel; galvanocaustische und hygienische Behandlung brachten vollständige Heilung.

Dr. P. K.

Wieder ein Blutegel aus den obersten Luftwegen entfernt. (Une autre sangsue du larynx extraite par les voies naturelles.) Von Dr. Palazzolo. (Bollett. delle malattie dell' orecchio und Revue hebdomadaire de laryngologie 1897, No. 4.)

Ein 48jähriger Mann trank aus einem Feldbrunnen und verspürte gleich nachher die bekannten Symptome. Verf. sah den Patienten erst am zehnten Tage, nachdem die Emetica fruchtlos und ein gefährlicher Erstickungsanfall eingetreten waren. Das Laryngoscop zeigte im linken Morgagni'schen Ventrikel einen schwarzen, glänzenden, sich an seinem Ende verlängernden, bald verkürzenden Fremdkörper; die Diagnose liess keinen Zweifel übrig. Nach vorheriger Cocainbepinselung wurde das Thier mittelst der Fauvel'schen Zange entfernt. Auffallend ist, dass auf 16 ähnliche Fälle 13 auf Sicilien fallen, und zwar alle auf die Provinz Catania.

Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea. (Un corps étranger dans la trachée. Von Dr. Massei. (Archiv. ital. di laringol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 1.)

Ein 8jähriger Knabe hatte einen Citronenkern in der Trachea. Laryngoscopisch war der Kern zwischen dem dritten und vierten Trachealring nachzuweisen. Aber auch ohne Laryngoscop hätte man

Digitized by Google

die Gegenwart des Fremdkörpers in der Trachea feststellen können; denn die Stimme war intact, das Pfeifen war weniger intensiv wie es bei Larynxstenosen ist, besonders war das beim Inspiriren und Exspiriren bei reinen Larynxstenosen bestehende Auf- und Absteigen des Larynxgerüstes nicht vorhanden. Die Tracheotomie wurde verweigert; nach fünf Tagen eines schrecklichen Zustandes und voller Lebensgefahr gelang die Extraction mittelst Zange, welche Operation viel schlimmer und gefährlicher wie die Tracheotomie war. Dr. P. K.

Doppelseitige Recurrenslähmung durch maligne Oesophagusverengerung. (Paralysie bilatérale des nerfs recurrents due à un rétrécissement de l'oesophage par tumeur maligne.) Von Dr. Franck Saverry. (Lancet und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 4.)

Ein 54jähriger Mann hat einen bösartigen Oesophagustumor, welcher eine doppelseitige Recurrenslähmung mit Cadaverstellung der Stimmbänder hervorbrachte. Dr. P. K.

Larynx-Blutungen im Verlaufe von Alcohol-Cirrhose. (Hémorrhagies du larynx au cours d'une cirrhose alcoolique.) Von Dr. Lubet-Barbon in Paris. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. X, No. 4, Juli-Aug. 1897.)

Die Blutungen erfolgten seit ca. einem Monat allmorgendlich und hatten ihren Ursprung am rechten Stimmband und wahrscheinlich in der Regio interarytaenoidea. Als Grundursache musste Dyscrasie in Folge von Lebercirrhose angesehen werden. Beschorner.

Beitrag zur Kenntniss der Urticaria der Luftwege. (Contribution à l'étude de l'urticaire des voies respiratoires.) Von Dr. Delerel. (Thèse de Bordeaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Besteht häufiger als man anzunehmen pflegt; Ursachen dieselben wie bei Hauturticaria. Die Symptomatologie und Therapie enthält nichts Neues. Dr. P. K.

Leichte psychische Aufregung nach einer endonasalen Operation. (Forme légère d'excitation psychique à la suite d'une opération endonasale.) Von Dr. A. Luzzati. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Trat nach Entfernen einer hypertrophischen Nasenmuschel bei einer 35jährigen Frau ein und war durch Aufregung, übertriebene Heiterkeit und ungewöhnliche Geschwätzigkeit ausgezeichnet. Cocain war nicht angewandt worden. Dr. P. K.

Ein Fall von erworbener Perforation des vorderen Gaumenbogens. (Un cas de perforation acquise du pilier antérieur.) Von Dr. A. Grüner. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Bei allen bisher veröffentlichten Fällen fehlt die microscopische Untersuchung der Ränder des Substanzverlustes, welche Ränder immer

Digitized by Google

glatt ohne sichtbare Narbenbildung sind und daher auch gewöhnlich als angeboren oder durch Eröffnung einer Phlegmone entstandene angesehen werden. Verf. giebt die genaue Beschreibung eines solchen Falles, wo die microscopische Untersuchung des Gewebes ausgeführt wurde und wo das äussere Aussehen des betreffenden Gaumenbogens als ein normales zu betrachten war. Microscopisch wurde Narbengewebe nachgewiesen; das Leiden musste also als erworben betrachtet werden. Besteht also einseitige Perforation, so kann das Leiden trotz normalen Aussehens der Ränder dennoch erworben sein. Die meisten Fälle von doppelseitiger Perforation, besonders wenn sie symmetrisch und mit atrophischen Mandeln zusammen sind, müssen als angeboren betrachtet werden. Dr. P. K.

Larynxfibrom bei einer schwangeren Frau; Operation; schwere Blutung; Tracheotomie. (Fibrome du larynx chez une femme enceinte; extirpation; hémorrhagie grave; trachéotomie.) Von Dr. Scafi. (Archiv. ital. di otol. und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 8.)

Eine 32jährige, zum achten Male schwangere Frau hat Stimmlosigkeit und zeigt einen bohnengrossen Tumor unterhalb des linken Stimmbandes; der Tumor war platt, rosaroth und hart und wurde in zwei Sitzungen entfernt. Schwere Blutung nachher; nach eröffneter Trachea sistirte dieselbe; die Canüle blieb 12 Tage liegen. Heilung. Dr. P. K.

Larynxfractur, Tracheotomie, Thyrotomie. Heilung. (Un cas de fracture du larynx, trachéotomie, thyrotomie. Guérison.) Von Dr. Sheilds. (The Lancet und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 8.)

Eine 23jährige Frau erlitt eine Larynxfractur. Dyspnoe, Emphysem und Schwellung des Halses, Cyanose, Heiserkeit, Blutspeien. Tracheotomie; Athem besser, aber trotzdem Blutspucken. Entfernung der Canüle nach zwei Wochen. Zwei Tage später musste die Tracheotomie wegen Dyspnoe von Neuem gemacht werden. Eine nachfolgende Thyrotomie zeigte ein Narbengewebe, welches den ganzen Larynx innerhalb des linken Stimmbandes einnahm und operirt wurde. Heilung. Dr. P. K.

Die äussere Untersuchung bei Larynxleiden. (De l'examen externe dans les affections du larynx.) Von Dr. Cluzel. (Thèse de Toulouse und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Neben der functionellen ist die äussere Untersuchung bei fehlendem Laryngoscop anzuwenden. Verf. erwähnt zuerst die Adspection und das von Gerhardt zuerst erwähnte, mehr oder weniger oder gar nicht ausgesprochene Auf- und Absteigen des Larynx, je nachdem es sich um eine Larynx- oder Tracheal- oder Bronchialstenose handelt; dann erwähnt er die Palpation mit ihren mannigfachen Ergebnissen, und endlich die Auscultation mit ihren Ergebnissen. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber Resection und Naht der Trachea. (De la résection et suture de la trachée.) Von Dr. Eiselsberg. (Deutsche medic. Wochenschr und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 8.)

Die Trachea war bei einem Selbstmordversuch gänzlich durchschnitten worden und das oberste Stück gänzlich durch Narbengewebe obliterirt. Die beiden Trachealstücke wurden resecirt und mittelst einer runden Naht verbunden. Trotz des Zurückbleibens einer totalen Paralyse des linken Stimmbandes wurde die Stimme doch normal.

Dr. P. K.

Beitrag zur Lehre der toxischen Lähmungen der Kehlkopfmuskeln. (Contribution à l'étude des paralysies toxiques des muscles du larynx.) Von Dr. Heymann. (Archiv für Laryngologie und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 13.)

Seltener als allgemein angenommen wird. Verf. hat drei Bleilähmungen und eine Arsenik- oder Cyankaliumlähmung beobachtet. Der Meinung Morell-Makenzie's widersprechend, bestand in allen Fällen Abductorenlähmung. In einem Falle kam auffallender Weise ein Recidiv, welches dann eine ganz andere Lähmung als zuerst darbot. In dem vierten Falle traten mehrere Recidive ein, welche dann durch Milchdiät, Electricität und Jodeisen heilten. Dr. P. K.

Syphilitische Verengerung der oberen Partie des Oesophagus. Behandlung mittelst Jaboulay'scher Sonde. (Rétrécissement syphilitique de l'extremité supérieure de l'oesophage. Traitement par la sonde de Jaboulay.) Von Dr. M. Lannois in Lyon. (Arch. internat. de laryngol. etc, Bd X, No. 4, Juli/Aug. 1897.)

Die nach unten verjüngte und geschlossene hohle Kautschuksonde kann an einer bestimmten und begrenzten Stelle vermöge eines am oberen Ende befindlichen Ballons spindelförmig aufgeblasen und so die Strictur nach gehöriger Einführung und Lagerung des Rohres allmählich erweitert werden. Der Hauptvortheil besteht in der Möglichkeit sanfter, schmerzloser Erweiterung mittelst elastischen Materials (Gummi und comprimirte Luft). Zur Illustration des Gesagten ist die Krankengeschichte einer 55 Jahre alten Frau mit wahrscheinlich syphilitischer, 16 cm von der Zahnreihe entfernter Oesophagusstrictur mitgetheilt, bei welcher das genannte Verfahren von gutem Erfolge begleitet war. Beschorner.

Ueber Larynxschwindel. (De l'ictus laryngé.) Von Dr. Schadewaldt. (Archiv für Laryngologie und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 13.)

Sieben Fälle, von denen einer tödtlich endete. Die Anfälle kamen jedes Mal in Folge eines Hustenparoxysmus. Um den Tod zu erklären, nimmt Verf. einen Reiz des Laryngeus superior an, welcher centripetal das Exspirationscentrum reizte und so die Hustenanfälle hervorbrachte; das Bewegungscentrum des Herzens wurde zugleich gereizt, daher Verlangsamung der Herzschläge mit Gehirnanämie und Verlust des Bewusstseins. Die Anfangs sehr kurzen Anfälle haben endlich eine

Digitized by Google

totale Herzlähmung und Tod hervorgebracht. Der Tod trat ohne Agone ein.

In allen Fällen muß eine gewisse Disposition bestehen; fast alle sind Alcoholiker oder alte Leute; daher sind es auch meistentheils Männer, die befallen werden, namentlich plethorische Männer. Tuberculose und Tabackmißbrauch scheinen keinen Einfluss zu haben. Prognose ist nicht so gut, als allgemein angenommen wird. Die Medication ist zweifelhaft, am besten gelingt noch die Bekämpfung der prädisponirenden Momente. Dr. P. K.

Ueber acutes primäres Larynxödem. (A propos d'un cas d'oedème aigu primitif du larynx.) Von Dr. G. Liaras. (Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 13.)

In letzter Zeit kam man zu folgenden das Larynxödem betreffenden Grundsätzen: 1) Das acute primäre Larynxödem ist infectiöser Natur; 2) das acute Larynxödem kann seröser oder phlegmonöser Natur sein; 3) letztere beiden Formen können klinisch am Krankenbette unterschieden werden, was von hoher prognostischer Bedeutung ist. Es sind seltene Fälle. Verf. giebt die genaue Krankengeschichte eines Falles, welcher a frigore entstanden ist, giebt seine Beweise für letztere Entstehungsweise sowie mehrere kritische Bemerkungen. Dr. P. K.

Angina pseudomembranacea mit Friedländer'schen Bacillen. (Les angines à bacille de Friedländer.) Von Dr. Nicolle und Dr. Hébert. (Annales de l'institut Pasteur 1897, pag. 67.)

Ziemlich selten. Verff. haben blos 8 Fälle auf 1600 gefunden. Tritt in glänzenden, meist gelben, mehr weniger zahlreichen, fest anhaftenden, sich immer neubildenden Punkten auf. Allgemeinbefinden gar nicht gestört. Aus den drei klinischen Symptomen: Ungestörtes Allgemeinbefinden, Fortdauern der Pseudomembranen, festes Ankleben der letzteren könnte man vielleicht die Diagnose stellen; die bacteriologische Diagnose aber bleibt die allein sichere. In einem Falle, wo eine Mischform mit echten Diphtheriebacillen bestand, war das Leiden auch sehr gutartig. Dr. P. K.

Membranöse Stomatitis nach Antipyringebrauch. (Accidents causés par l'antipyrine; stomatite ulcéromembraneuse.) Von Dr. Dalché. (Société médicale des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Die Haut- und Schleimhauterkrankungen gehören zu den häufigsten Erscheinungen der Antipyrinabsorption. Verf. erzählt einen Fall von Stomatitis ulceromembranacea, welcher mit Diphtheritis macroscopisch zu verwechseln war. Dr. P. K.

Pharynxhusten bei Kindern. (La toux pharyngée chez les enfants.) Von Dr. Millon. (Société médicale du XI. arrondissement de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Verf. ermahnt, den Pharynxhusten der Kinder wohl zu berücksichtigen, um letztere nicht unnützer Weise der gewöhnlichen Behand-

Digitized by Google

lung der Bronchitis oder Pneumonie zu unterwerfen. Dieser Husten wird hervorgebracht durch Schleimansammlung im Nasenrachenraum, tritt also paroxysmenartig und selten auf, ist oft mit Würgen und selbst Erbrechen verbunden, hat immer einen nassen, nie einen trockenen Klang; die Anfälle treten fast regelmäßig je einmal Abends, um Mitternacht und beim Erwachen auf. Auscultatorische und percutorische Symptome fehlen immer; eine kleine Pharynxerkrankung ist die gewöhnliche Ursache. Wird oft mit Keuchhusten verwechselt.

Dr. P. K.

Ein Fall von Molluscum pendulum der Tonsille. (Un cas de molluscum pendulum de l'amygdale.) Von Dr. Furet. (Arch. internat. de laryngol. etc., Bd. X, No. 4, Juli/Aug. 1897.)

48 Jahre alter Mann mit ca. 2 cm langem, gestieltem, sehr beweglichem Geschwülstchen auf der Mitte der rechten Tonsille. Eine grosse Zahl kleinerer derartiger Neubildungen fand sich am Halse, dem Truncus und in den Achselhöhlen verstreut. Der Tonsillentumor wurde mittelst galvanocaustischer Schlinge entfernt und zeigte sich, dass der Mutterboden aus käsigen Massen bestand, welche der Neubildung als Basis gedient zu haben schienen. Die microscopische Untersuchung ergab fibröse Stuctur und den histologischen Character eines Molluscum pendulum commune. F. meint, dass noch kein Fall einer derartigen Geschwulst, der Schleimhaut entsprossen, beobachtet bezw. veröffentlicht worden sei.

Beschorner.

Ueber die Stimmbildung. (Sur la phonation.) Von Dr. P. Bonnier. (Presse médicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Verf. wirft den Autoren vor, beim Studium der Stimmbildung nur die eigentlichen Larynxmuskeln, nicht aber die äusseren Larynxmuskeln, welche den Larynx als Ganzes bewegen, studirt zu haben; letztere Bewegungen sind aber nothwendig zur normalen Stimmbildung. Noch mehr, die Autoren haben die Wirkung der inneren Larynxmuskeln im Einzelnen und nicht ihre Gesammtwirkung studirt; ferner haben sie diese Gesammtwirkung zusammen mit der Wirkung der äusseren Larynxmuskeln, welche letztere den Kehlkopf heben, senken und nach rückwärts ziehen, nicht genug in Betracht genommen. Verf. giebt des Weiteren seine Ansichten über die Tonbildung, welche am besten im Original nachgelesen werden.

Dr. P. K.

Methode, die rückwärtsliegende Epiglottis bei endolaryngealen Operationen emporzuheben. (Procédé pour relever l'épiglotte rabattue faisant obstacle aux opérations endolaryngiennes.) Von Dr. Bueno de Miranda. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Das Princip besteht darin, dass die linke Hand den Kehlkopfspiegel zugleich mit der Kehlkopfsonde hält, was nach Verf.'s eigenem Geständniss schwer ist.

Dr. P. K.

Digitized by Google

Acht Fälle von Cricothyrotomie wegen endolaryngealen Tumoren, wovon einer mit tödtlichem Ausgang. (Relation de huit cas de thyrotomie (cricothyrotomie) avec une mort, pour ablation de tumeurs endolaryngées.) Von Dr. W. Downie. (Glasgow medical Journal und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 13.)

Verf. zieht sie der endolaryngealen Methode vor, macht aber immer die Cricotomie dabei und macht zuerst die präventive Tracheotomie. Die Chloroformisation macht sich durch die Trachealwunde. Einfache Tamponade mittelst Gazetampons oder kleinen Schwämmchen verhindert genügend den Eintritt des Blutes in die Trachea. Nachdem die Tumoren entfernt sind, legt man die Trachealcanüle wieder ein, legt die Knorpel aneinander; am zweiten Tage nimmt man die Tampons weg, ätzt die Ansatzstellen der Tumoren und sonst verdächtige Stellen. Dann legt man die Knorpel wieder aneinander und vernäht sie ebenso wie die Hautränder. Unter normalen Verhältnissen kann man die Canüle am dritten Tage entfernen. Dr. P. K.

Klinische Studie über primäre und secundäre Pharynxtuberculose. (Tuberculose pharyngée primitive et secondaire. Étude clinique.) Von Dr. Walter und Dr. F. Chapell. (New York Medical Journ. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Verff. bringen ein Beispiel von primärer und zwei Beispiele von secundärer Pharynxtuberculose. Bei der primären besteht offenbare Entzündung mit Blutstauung, immer ohne Ulceration, ohne geschwollene Lymphdrüsen, welche erst später anschwellen; bei der secundären bestehen Geschwüre gleich Anfangs, die Lymphdrüsen sind vorher angeschwollen und bieten die Symptome einer acuten Infection dar. Das Leiden kommt in beiden Fällen öfter rechtsseitig als linksseitig vor. Dr. P. K.

Parenchymatöse Einspritzungen von Carbolsäure bei Mandelerkrankungen. (Contribution à l'emploi des injections parenchymateuses d'acide phénique dans les cas de maladies tonsillaires.) Von Dr. Kramer. (Centralblatt für Chirurgie und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 21.)

Selbe thun nicht nur gute Wirkung bei acuter Amygdalitis, sondern auch bei phlegmonöser recidivirender Mandelentzündung. 2—3proc. Carbolsäurelösungen genügen, die Spritze muss 1 cm tief in den vorderen Gaumenbogen eingestochen werden. Dr. P. K.

Glottiskrampf bronchopneumonischen Ursprungs. (Spasme de la glotte d'origine broncho-pulmonaire.) Von Dr. Ghika. (Journ. de clin. et de thérap. infant. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Ein 17 Monate altes Kind mit doppelseitiger Pneumonie wurde während des Krankheitsverlaufes durch die Tubage bedeutend erleichtert, obwohl später der Tod eintrat. Es bestand also zugleich Spasmus glottidis. Die Section ergab einen normalen Larynx. Dr. P. K.

Digitized by Google

Rosenkranzperle in den Luftwegen, Tracheotomie, Expulsion. (Grain de chapelet dans les voies respiratoires. Trachéotomie. Expulsion.) Von Dr. Lavrand. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 20.)

Ein 10jähriges Kind inspirirte einen Fremdkörper, den es im Munde hatte. Die Untersuchung ergab nur ein Blasen am oberen Theil der Trachea. Nach ausgeführter Tracheotomie kam der Fremdkörper nicht zum Vorschein; es wurde ein Drain eingelegt. Bei einem nachher eintretenden schweren Erstickungsanfall entfernte die Wärterin das Drainrohr und hielt die Trachealwunde offen. Nach Wiederherstellung des Athmen's fand Verf. den Fremdkörper in dem oberen Winkel der Trachealwunde und entfernte denselben. Dr. P. K.

Diphtheritis nach Scharlach. (Diphtérie consécutive à la scarlatine.) Von Dr. Meredith Richard. (Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1898, No. 2.)

Selbe hat gar nichts mit dem Scharlach zu thun und ist als echte Diphtheritis zu betrachten. Scharlachreconvalescenten bekommen selbe leichter als vorher gesunde Menschen, immer aber nur durch Ansteckung Seitens Diphtheritiskranker. Die Statistiken der Londoner Spitäler beweisen dieses Factum deutlich. Dr. P. K.

Acute Osteomyelitis des Os maxillare superius, sogenanntes „classisches" Highmorshöhlen-Empyem vortäuschend. (Ostéomyelite aigué du maxillaire supérieur simulant un empyème soi-disant „classique" de l'antre d'Highmore.) Von Dr. Lichtwitz in Bordeaux. (Arch. internat. de laryngol. etc. Bd. X, No. 4, Juli/Aug. 1897.)

Die Krankheitserscheinungen bei einem 29jährigen Manne waren die sogenannten „classischen" des Empyems der Highmorshöhle. Statt dessen aber stellte es sich heraus, dass es sich um Osteomyelitis handelte, und genas Patient nach Entfernung des necrotischen Process. alveolar. maxillae vollständig. L. warnt daher vor dem Namen „classisches" Empyem und verlangt, dass jeder Fall dieser Art nach der Ursache, welche die Ostitis maxillae superioris mit oder ohne Betheiligung des Sinus hervorruft, benannt werden müsse.

Beschorner.

Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über Larynxgeschwüre durch Tubage. (Observations cliniques et recherches expérimentales sur les ulcérations laryngées dues au tubage.) Von Dr. G. Variot und Dr. R. Bayeux. (Journal de clinique et de thérap. infant. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Die Geschwüre, welche man bei fortgesetzter Tubage in der Höhe der Cartilago cricoidea beobachtet, sind drei an der Zahl: ein mittleres, rundes, mit scharfen Rändern versehenes, einen halben Centimeter im Höhendurchmesser messendes; zwei symmetrische, seitliche, dicht unterhalb der Giessbeckenknorpel sitzende, blos einige Millimeter messende. Es handelt sich darum, zu wissen, ob diese Geschwüre als Decubitus oder als manuelle, beim jedesmaligen Einführen des Tubus entstandene Verletzungen zu betrachten sind. Experimente an der Leiche haben

Digitized by Google

gezeigt, dass durch die ungeübtesten Hände Geschwüre durch Verletzungen an den betreffenden Stellen nicht hervorgebracht werden können; wenn selbe auf brutale Weise fast mit Vorbedacht hervorgebracht werden, so sieht man sie an der Glottis und in der subglottischen Gegend entstehen. Dr. P. K.

Intervention bei Croup bei Scheintod. (L'intervention dans le croup en cas de mort apparente.) Von Dr. G. Variot. (Journ. de clinique et de thérap. infant. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

In einem solchen Falle ist es immer besser, die sofortige Tracheotomie nebst künstlicher Respiration als die Tubage auszuführen; das eingeführte Rohr könnte wohl beim Tubiren die Pseudomembranen in die Trachea hinabstossen und so den Tod vollenden. Verf. erzählt einen hierher gehörigen Fall. Dr. P. K.

Gänzliche Lähmung des Recurrens mit anatomischer Untersuchung. (Sur un cas de paralysie totale du recurrent avec examen anatomique.) Von Dr. Nattier und Dr. Thomas. (Bulletin de la société anatomique de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1897, No. 2.)

Aortenaneurysma bei einer 68jährigen Frau; Stimmlosigkeit; linksseitige Stimmbandlähmung in der Abduction mit Auflockerung und Atrophie des Stimmbandrandes. Der mittelst Picrocarmin und Osmiumsäure behandelte Nervus recurrens zeigte gänzliche Degeneration. Vagus und Laryngeus externus intact. Die mittelst Picrocarmin und Hämatoxylin behandelten Larynxmuskeln zeigten im Thyroarytenoideus, dem Cricoarytenoideus und dem Arytenoideus transversalis bedeutende Abnahme der Muskelfibrillen. Dr. P. K.

Notiz.

Von der Gesellschaft „Electrotechnisches Institut Frankfurt" kam der Redaction ein mit Illustrationen reich ausgestatteter Catalog zu, welcher ein genaues Verzeichniss aller jener Apparate und Instrumente enthält, die medicinisch-chirurgischen Zwecken dienen und von dieser Gesellschaft bezogen werden können. Bei jedem Gegenstande ist der Bezugspreis angegeben. Was diesen Catalog für den Practiker besonders werthvoll macht, ist der Umstand, dass bei jedem der Apparate nicht blos eine Gebrauchsanweisung, sondern auch eine Schilderung der Vorzüge, welche die neu construirten Apparate gegenüber den älteren, bis jetzt gebräuchlichen haben, angegeben ist. Der Practiker wird sich dadurch leichter ein Urtheil bilden.

Alle für die Monatsschrift bestimmten Beiträge und Referate sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35. Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. M. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. **E. Baumgarten** (Budapest), Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gompers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Prof. Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Prof. Dr. JOS. GRUBER Wien. **Prof. Dr. v. SCHRÖTTER** Wien. **Prof. Dr. PH. SCHECH** München.

Prof. Dr. E. ZUCKERKANDL Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXXI. Berlin, December 1897. No. 12.

I. Originalien.

Ueber Beziehungen der Nasenkrankheiten zur Psychiatrie.

Von

C. Ziem.

(Schluss.)

III. Neben der lymphatischen und venösen Stauung an und für sich müssen jedoch wohl noch andere Momente in der Entstehung von Irresein bei Nasenkrankheiten in Betracht kommen, zunächst vornehmlich eine Autointoxication durch die übelriechenden Dünste der Eiterung und die Fieber erzeugende, septische Resorption des Eiters. Denn obschon bekanntlich Herzkranke zu reizbarer Verstimmung besonders disponirt sind, so ist ein übermässiges Befallenwerden derselben von richtiger Geisteskrankheit doch gewiss nicht zu beobachten, so dass also die mit einer Stauung in den Geweben zweifellos verbundene An-

Digitized by Google

häufung excrementieller Substanzen allein nicht genügen dürfte, eine Geistesstörung hervorzurufen. Es wird sich hier wohl dasselbe herausstellen, was bezüglich der im Jahre 1888 von mir nachgewiesenen, von einigen, in dieser Hinsicht gar nicht zuständigen, Specialisten, die mit der Behandlung nur von Nasen- oder Halskranken, aber nicht Augenkranker sich befassen, allerdings bestrittenen, von Kuhnt im Jahre 1895 jedoch bestätigten und noch etwas eingehender studirten Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Nasenkrankheiten, von Letzterem schärfer als in mehreren meiner eigenen Arbeiten[1]) hervorgehoben worden ist, dass nämlich hier auch noch das Moment der Autointoxication berücksichtigt werden müsse, ein Umstand, dem ich nach weiteren Beobachtungen und genauerer Erwägung der Verhältnisse doch eine etwas grössere Bedeutung einräumen muss: in einem Theile der von Nasenkrankheiten abhängigen Fälle extra- oder intraocularer Erkrankung handelt es sich öfter offenbar um, allerdings manchmal recht geringgradige, febrile Processe, was besonders auch aus dem raschen Erfolge sich ergiebt, den man durch Combination der örtlichen Behandlung des Auges und der Nase bezw. ihrer Nebenhöhlen mit einer entsprechenden antifebrilen Behandlung da nicht selten erzielt. Freilich ist hiermit natürlicher Weise noch nicht nachgewiesen, dass die Resorption, sei es nun von Eiter, sei es von Ptomainen oder dergl., nun gerade auf die Nervensubstanz, nicht hauptsächlich oder mindestens doch zum Theil auf das Gefässsystem einwirkt, dass also die hier zu beobachtende Einschränkung des Gesichtsfeldes auf nervösem Wege, nicht durch eine febrile Störung des Kreislaufs in der Aderhaut zu Stande komme. In ähnlicher Weise also möchte ich auch in der Pathogenese von Naseneiterungen abhängiger Geistesstörungen auf den febrilen Character mancher derselben doch noch besonderes Gewicht legen und kann in dieser Beziehung auch aus meiner eigenen Krankengeschichte nochmals die äusserst schnelle Beseitigung aller cerebralen Symptome nach Entfernung des die Jauchung meiner Kieferhöhle im Jahre 1895 unterhaltenden kranken Zahnes, bei gleichzeitiger, regelmässiger Ausspülung des Sinus anführen, während solche im Jahre 1884 in Friedrichsberg gänzlich unterlassen worden waren und meine Erkrankung natürlich auch dadurch verlängert worden ist. Bei genauerer Nachforschung dürfte vielleicht überhaupt ein Theil der von Th. Meynert, dem gedankenreichen Pionier, einem jener Edlen, auf welchen mit den Worten einer griechischen Inschrift das Götterauge der Zeit zu früh geweilt —, der von Th. Meynert so genannten vasomotorischen Psychosen auf eine latente Eiterung in der nächsten Nachbarschaft des Stirnhirns, d. h. also besonders in der Nase oder einer der Nebenhöhlen zurückzuführen sein. Zu weiterer Würdigung der Autointoxication in der Entstehung von Geistesstörungen sei übrigens auch an die von Prof. v. Wagner in Wien unlängst mitgetheilten

[1]) So habe ich auch manche Formen von Iritis schon im Jahre 1887 (Centralbl. f. pract. Augenheilkunde, S. 361) auf Resorption von Eiter aus der Nase zurückgeführt, was von Herrn E. Berger in Paris allerdings angezweifelt und von Herrn Fromaget in Bordeaux unter Verdrehung meiner Angaben im Jahre 1894 nochmals entdeckt worden ist.

Digitized by Google

Beobachtungen über Irresein im Gefolge gastrischer Störungen kurz erinnert. Allerdings ist die Grösse der Resorptionsfähigkeit der Nasenschleimhaut für auf dieselbe abgelagerte Substanzen durch genügend zahlreiche und genügend exacte Beobachtungen bisher noch nicht festgestellt, keinenfalls aber irgendwie zu bezweifeln, was ausser mehreren, schon früher von mir angeführten[2]) Beobachtungen, sowie aus verschiedenen durch Gradenigo veranlassten Versuchen noch aus den folgenden Momenten mit aller Bestimmtheit sich erschliessen lässt: 1) aus der allbekannten, mächtig anregenden Einwirkung des Schnupftabaks, der besonders auch grossen Feldherren, wie Prinz Eugen, Friedrich II., Moltke u. A. ein unentbehrliches Bedürfniss im Donner der Schlachten gewesen ist; 2) aus der ähnlichen Verwendung des Niopo- oder Curuga-Pulvers, das nach den Berichten von Alexander v. Humboldt und seines verdienstreichen, von Buffon in einer glänzenden Rede gefeierten Vorgängers La Condamine von den Bewohnern des Orinoko und Marannon aus einer Mimosenart in eigenthümlicher Weise dargestellt wurde und, auf die Nasenschleimhaut applicirt, die Betreffenden auf einige Stunden der Vernunft beraubte, so dass sie im Gefechte sich wie Rasende auf die Feinde stürzten[3]); 3) aus einer äusserst interessanten, von Flavius Josephus mitgetheilten Notiz, nach welcher z. Z. Salomo's, also 1000 Jahre vor unserer Zeitrechnung, durch Application einer betäubenden, Baaras genannten Substanz (vermuthlich die ja schon im Alterthum bekannte, schläfrig machende Frucht der Mandragora) auf die Nasenschleimhaut Irrsinnige geheilt worden sind, das älteste mir bekannte Beispiel in dieser Frage, viel älter als die, übrigens noch nicht einmal zweifellos festgestellte, Verwendung der Niesswurz als Schnupfpulver im griechischen Alterthum, was später durch die, natürlicher Weise viel weniger wirksame, innere Anwendung des Helleborus und seiner Präparate ersetzt worden ist[4]).

Wenn also aus allen diesen, übrigens leicht zu vermehrenden Beispielen das Resorptionsvermögen der Nasenschleimhaut und die Einwirkung mancher auf dieselbe applicirten Substanzen auf das Gehirn mit Sicherheit hervorgeht, dann hat man offenbar alle Veranlassung, auch bei dem Zustandekommen wüster und schreckhafter Träume nicht nur, wie so oft, an die übrigens ja auch kaum jemals primäre Hypertrophie der Gaumen- oder Rachentonsillen, an Störungen der Verdauung oder Nierenabsonderung, sondern ganz besonders auch an die Möglichkeit der Einwirkung einer fötiden Naseneiterung zu denken.

IV. Vielleicht darf sogar die Ermöglichung einer directen Aufnahme von Sauerstoff durch das Gehirn bei freier Nasenathmung und deren Verhinderung bei verstopfter Nase hier in Betracht gezogen werden. Obschon über einige bezügliche, bereits vor längerer Zeit von

---

[2]) Ueber Einwirkung aromatischer Substanzen auf die Nasenschleimhaut. Deutsche med. Wochenschr. 1885.

[3]) Der Anschauung A. v. Humboldt's (Reise i. d. Aequinoctialgegenden des neuen Continents, deutsche Ausgabe 1860, 4. Band, S. 183), dass der Kalkgehalt des Präparates diese Wirkung ausübe, kann man wohl kaum beipflichten.

[4]) Vergl. W. Whiston's Uebersetzung des Josephus, Antiquities, pag. 202, Wars, pag. 201.

Digitized by Google

J. Ranke in München angestellte Versuche, welche eine directe Athmung der Nervensubstanz beweisen sollen, L. Herrmann sich ziemlich absprechend geäussert hat, so drängt sich diese Frage Einem doch immer wieder auf, so oft man die ausserordentliche Ausbildung der Nebenhöhlen der Nase bei manchen Säugethieren, wie besonders beim Elephanten, und die ausgedehnte Entwicklung der mit der Nase communicirenden Lufträume bei den Vögeln in's Auge fasst, bei welchen dieselben, besonders bei dem Nashornvogel (Leunis-Ludwig) und Tucan (Blumenbach) nach vorn hin bis in die Spitze des Schnabels, nach hinten, wie schon bei der Taube, bis in das Os basilare hin sich fortsetzen und von der Medulla oblongata nur durch ganz schmale Knochenblättchen getrennt sind, so dass die Organe des Kopfes, besonders bei den Vögeln, wie mit einem Luftmeere umgeben sind, eine Einrichtung also, welche die im Gegensatze zu der, früher schon einmal dagewesenen, neuestens wieder aufgetauchten Resonanztheorie, von Blumenbach ausgesprochene Ansicht, dass die Stirnhöhlen zur Verstärkung nur des Geruchs dienen sollen, doch wohl als kaum genügend erscheinen lässt, während andererseits auch die Annahme, dass durch die Pneumaticität der Kopfknochen eine Gewichtserleichterung des Schädels erzielt werden solle, ausserordentlich unbefriedigend und schon durch W. Braune's Versuche als unwahrscheinlich erwiesen worden ist. In dieser Hinsicht dürfte es auch von einiger Wichtigkeit sein, festzustellen, ob die jetzt so vielfach oder zu vielfach beliebte Verödung besonders der Stirnhöhlen nicht vielleicht doch mit einer ungünstigen Beeinflussung des psychischen Verhaltens der Operirten manchmal verbunden ist.

Wenn also durch die im Vorhergehenden besprochenen Momente I. directe Fortleitung einer Entzündung auf das Gehirn längs der Contiguität, II. lymphatische und venöse Stauung, III. Eiterresorption und Autointoxication, IV. Verhinderung der allerdings noch hypothetischen Gehirnathmung, im Gefolge von Nasenkrankheiten Geistesstörung überhaupt auftreten kann, so haben in meinem eigenen Krankheitsfalle doch noch die folgenden unterstützenden Momente mitgewirkt.

1) Während meines Aufenthaltes in Alexandrien von 1880—1882 habe ich lange Zeit an Malaria gelitten mit z. Z. recht beträchlicher Anschwellung der Milz, zu welcher ich eine Disposition bis auf den heutigen Tag besitze und gegen welche, beiläufig erwähnt, ein wenig bekanntes, aber uraltes, auch schon im Leben des Demosthenes von Plutarch gelegentlich erwähntes Mittel, stundenlange Spaziergänge in frischer Luft, öfters hilfreich sich erweisen.

2) Im Jahre 1883 habe ich in Hamburg 1100 g Tct. Chinae compos. und 200 g pulv. cort. Chinae theils fusc., theils regiae, allmählich verbraucht, was mir vor jener famosen Operation an meiner Kieferhöhle immerhin einige Erleichterung, besonders auch gegen den widerwärtigen Geschmack des Eiters im Munde, aber keine Kräftigung meiner Herzthätigkeit eingebracht hat.

3) Von jeher, selbst auf der Universität, und obwohl ich vier Semester lang einem Corps angehört habe, bin ich gegen alle alcoholhaltigen Getränke sehr empfindlich gewesen und habe im Jahre 1884, und zwar zur Verminderung des Speichelflusses, deren allerdings ver-

Digitized by Google

hältnissmässig viel verbraucht, während ich im Jahre 1895 schon so gut wie gänzlich abstinent gewesen bin, indem ich schon damals Monate lang keinerlei Alcoholica getrunken habe.

4) Von Jugend auf, z. Th. vielleicht in Folge eines im vierten oder fünften Lebensjahre überstandenen schweren Wechselfiebers mit metastatischer Osteomyelitis des linken Oberschenkels, eitriger Coxitis und Verkürzung dieses Beines, etwas erregbarer Art und der Selbstbeherrschung nicht immer fähig, leide ich mehr als erwünscht an activen Congestionen zu den Plexus chorioid. der Vorderhörner der Seitenventrikel, habe mich auch äusserem Zwange niemals unterwerfen mögen und wäre in Friedrichsberg gewiss nie gesund geworden, während ich meinem Aufenthalte in Geh.-Rath Dr. Jessen's Anstalt meine Existenz verdanke.

5) Auch kann ich eine erbliche, etwas nervöse Disposition, besonders von mütterlicher Seite her, nicht in Abrede stellen.

6) Endlich habe ich im April 1883, einige Monate nach der Geburt meines einzigen Kindes, auf einer Reise bei längerer Abwesenheit von Hause eine sexuelle Infection mir zugezogen, mit zwar äusserst leichten und oberflächlichen Erscheinungen, deren Nachwirkung aber wohl auch noch jene Osteophytenbildung an dem im Jahre 1895 extrahirten Molaris gewesen ist. Es mag unentschieden bleiben, ob das im Jahre 1884 vorhandene Doppelsehen als ein centrales Symptom, als Theilerscheinung acuter Manie[5]), oder gar von cerebraler Lues, oder nicht doch allenfalls in der oben besprochenen Weise als ein peripherisches Symptom, als Zeichen einer Miterkrankung des Siebbeins und der Orbita[6]) aufzufassen war. Für die letztere Erklärung würde dessen baldiges Verschwinden mit der Ausheilung der Eiterung meiner Kieferhöhle sprechen wie auch mein Freigebliebensein von jeder ähnlichen Erscheinung seit 1884, obwohl ich doch niemals eine systematische, antiluetische Kur durchgemacht und bei der starken Reaction meines Herzens gegen alle Medicamente auch nur äusserst wenig Jod und zwar auch nur schon vor Jahren gebraucht habe. Aber nicht nachdrücklich genug kann betont werden, dass die im Jahre 1884 vorhandene, im Jahre 1895, wie es schien, beginnende geistige Störung auf jene Infection allein ganz und gar nicht zurückgeführt werden kann, da ich 1) im Jahre 1884 während meiner Erkrankung und ebenso im Jahre 1895 überhaupt kein Jod genommen habe und doch hergestellt worden bin, 2) Tausende und Abertausende von Personen, tüchtig inficirt, niemals an Geistesstörung erkranken, Andere jedoch, wahrscheinlich niemals inficirt, ein Pascal, Newton, Rousseau, Semmelweiss, Westphal, J. V. v. Scheffel und zahllose Andere von kürzer oder länger dauernder geistiger Verwirrung doch nicht verschont geblieben sind. Vielmehr muss man annehmen, dass die genannte Diathese wie auf andere Gebiete des Körpers, besonders das Auge und Ohr, so auch auf das Gehirn vornehmlich dann sich localisirt, wenn hier an und für sich schon eine Störung der Circulation vorhanden ist —, ein gar tröstendes und therapeutisch sehr wichtiges Moment, da zwar, wovon man gerade bei Augenkranken sich

---

[5]) Vgl. hierüber z. B. Brunet in Traité de médecine von Bernheim u. Laurent, Th. II, pag. 670.

[6]) Ziem: Allgem. medic. Central-Zeitung 1887, No. 37.

Digitized by Google

überzeugen kann, eine allgemeine und zugleich örtliche Behandlung, in richtiger Weise combinirt, die besten und schnellsten Erfolge, eine specifische Behandlung allein jedoch, ohne jede Berücksichtigung der örtlich prädisponirenden Momente, nur klägliche Erfolge ergiebt und ergeben kann, während andererseits bei manchen unter guten hygienischen Bedingungen lebenden und besonders auch dem Alcohol gänzlich entsagenden Personen von einer specifischen Behandlung, hauptsächlich mit Quecksilber, öfter abgesehen werden darf.

Das berühmte Wort von Danton „Périsse ma mémoire, et que la république soit sauvée" ein wenig modificirend, könnte ich sagen: „Périsse ma mémoire, et que l'humanité soit servie" —, dennoch aber und trotz des Mangels irgend welcher Anerkennung seitens des preussischen Staates oder einer der zahlreichen Universitäten von Deutschland bin ich noch nicht genügend abgestumpft, um das Wort des Thucydides *τὸ φιλοτιμον ἀχήρων μόνον* nicht vorzuziehen. Wenn ich trotzdem nach längerem Bedenken und nicht ohne inneren Kampf es unternommen habe, durch nochmalige und dieses Mal eingehendste, öffentliche Besprechung meines eigenen, wohl in seltener Weise prägnanten Krankheitsfalles zwar der Wissenschaft zu dienen, mich persönlich jedoch zu prostituiren und zu ächten und das Einzige, was eine seit dem Jahre 1879 nur und ausschliesslich noch wissenschaftlichen Erwägungen betriebene Praxis, sowie eine, wie man mir sagt, mehrfach grundlegende wissenschaftliche Thätigkeit an äusseren Gütern mir eingebracht, einen Namen, auf das Spiel oder doch wer weiss wie vielen Nachreden auszusetzen: dann musste die Wahrheit, le seul principe, nach Buffon, qui soit durable et même éternel, und auf welche allein ein dauernder Ruf gegründet werden kann, die Wahrheit musste natürlich auch hier bei diesen für mich so peinvollen Erinnerungen ihr volles Recht behalten. Aber es sind mit einem von Daniel Sanders schön übersetzten indischen Spruche ja nur die Schmeissfliegen, welche das Schlechte und die Fäulniss suchen, „die Bienen aber fliegen nach der Blüthe": die für die Pathologie des Auges, Ohres und Kehlkopfes, der Lunge, des Magens und so vieler metastatischen Erkrankungen (Ziem 1889, F. Semon 1893) so äusserst grosse practische Bedeutung der Eiterungen der Nase und besonders ihrer Nebenhöhlen, vor meinen im Jahre 1886 veröffentlichten Arbeiten kaum geahnt, hat heute überall auf der ganzen Erde Anerkennung gefunden, so weit die Wissenschaft reicht, und mit dem durch das Vorhergehende wohl gelieferten Nachweis von der grossen Wichtigkeit derselben auch für die Lehre von den Geisteskrankheiten haben die Bienen wieder neue Arbeiten und Leistungen zu vollbringen, die schönste und edelste Aufgabe, deren die Rhinologie der Gegenwart noch fähig ist, den glänzendsten und bedeutendsten Fortschritt, den die practische Psychiatrie zu machen vermag. Vor Allem wird es sich darum handeln, bei denjenigen acuten Infectionskrankheiten[7]), welche die Organe des Kopfes, die Nase samt den Nebenhöhlen mit afficiren und daher eine Gefährdung des Gehirns

[7]) Heller, Münchener med. Wochenschr. 1894, No. 44; Ziem, ibid. No. 49, 1895, No. 5, und Revue Internation. de Rhinologie etc. 1894, No. 24; Grünwald u. a. A.

Digitized by Google

mit sich bringen, durch regelmässige und systematische Ausspülungen der Nase mittelst nach hinten und nach oben [Ziem[8])] spritzender Röhren, möglichst auch durch Ausspülungen des Nasenrachenraumes mittelst gebogener Röhren und luftdichter Druckpumpe das Zustandekommen von Stasen oder auch eitrigen Erkrankungen im Gehirn einzuschränken oder zu verhindern; doch kann man sich ja mit Leichtigkeit davon überzeugen, dass dieser selbstverständlich erscheinenden Indication noch so gut wie nirgends Rechnung getragen, dass insbesondere auch bei dem angeblich durch heftige Gemüthsbewegung zu Stande kommenden „Nervenfieber" der Romane auf eine primäre, durch den, mit der psychischen Erregung verbundenen, stärkeren Blutandrang vermehrte Eiterung einer der Nebenhöhlen der Nase bisher noch nirgends gefahndet wird, ein Gegenstand, auf welchen auch mit Rücksicht auf eine in den Therapeutischen Monatsheften unlängst vom Stapel gelassene sog. „Kritik" der Pharyngotherapie demnächst noch zurückgekommen werden soll. Aber da müssen wir nicht stehen bleiben! Auch noch um andere der ärmsten unserer Mitmenschen, denen der Freiheit Tag entrissen worden, um chronisch Erkrankte, seit längerer Zeit schon Irregewordene müssen wir uns kümmern und versuchen, ob es gelingen möge, „to cure the great breach in their abused nature, to wind up th'untun'd and jarring senses", z. B. bei circulärem Irresein, Agoraphobie (W. Hack), bei Berührungs- oder Vergiftungsfurcht und anderen von Störungen der Circulation, nicht von Schwund der Nervensubstanz selbst möglicher Weise abhängigen Krankheitszuständen. Wenn vor jetzt 100 Jahren, im Gefolge der so viel Vorurtheil und Aberglauben vernichtenden französischen Revolution, Pinel, einer der grossen Wohlthäter des Menschengeschlechts, Irren äussere Banden und Ketten abgenommen hat, in welchen brutale Verblendung und Verrohung sie wie Verbrecher gefesselt hielt, und wenn aus meinem eigenen Krankheitsfall abermals hervorgeht, wie ungewiss und trügerisch das von manchen Psychiatern beanspruchte Monopol unfehlbarster Autorität ist, über die Geschicke, Hoffnungen und Entwürfe Anderer Sentenz zu fällen, Solche als Unheilbare, geistig für immer Impotente und Verbannte der Freiheit, a value beyond all inestimable treasure mit Peter Wentworth, des Rechts der Selbstbestimmung, des Mitwirkens an den Aufgaben der Menschheit und den Fortschritten der Wissenschaft zu berauben, ein Gehirn, auf dessen Ausbildung viele Jahre treuester elterlicher Fürsorge und einer im Ganzen stetigen, wenig abgelenkten Arbeit aufgewendet worden, mit einem Federstrich als verwesend auf den Anger zu verweisen: „Sie aber, sie bleiben an goldenen Tischen" —: da lasst uns auf der Hut sein vor einer derartig mysterious virtue of wax and parchment, auf der Hut! Lasst uns vielmehr anklopfen an den Irrenanstalten, die Insassen derselben gründlich und sorgfältig untersuchen und feststellen, ob durch eine sachgemässe rhinologische Behandlung mancher oder vielleicht auch vieler derselben, nicht auch von Aussen unsichtbare, innere Fesseln gelöst werden können, deren Gehirn gebannt haltend, den Aufschwung und freien Flug ihrer Gedanken

[8]) Journ. of Laryngology, October 1895, von Anderen nacherfunden.

Digitized by Google

hemmend! Der Ajas des Sophocles hat zwar das φρονεῖν μηδέν für das glücklichste Leben erklärt und Chrysippus irrsinnig zu leben für besser, als überhaupt nicht zu leben, mit einem schönen Worte von Pascal jedoch besteht toute notre dignité dans la pensée.

Zusatz. Einer s. Z. mir zugegangenen Einladung entsprechend, habe ich der am 3. März d. J. in New-Orleans stattgefundenen Jahresversammlung der Southern Section of the American Laryngol., Rhinol. and Otol. Society einen, allerdings etwas kürzeren, Vortrag über den vorstehenden Gegenstand in englischer Sprache eingesendet, sehe aber, dass derselbe in der erst am 11. December mir zugegangenen September-Nummer von The Laryngoscope in der willkürlichsten Weise zu einem todten Gerippe verstümmelt und mit verblüffender Verständnisslosigkeit selbst meine Darlegungen über die Physiologie des Schlafes dort vollständig übergangen worden sind. Auch eine den Annales des maladies de l'oreille etc. in französischer Sprache über denselben Gegenstand von mir eingereichte Arbeit ist in der September-Nummer derselben ohne mein Vorwissen vielfach verändert und an mehreren Stellen für mich selbst nahezu unverständlich geworden. Bei den in deutscher Sprache erscheinenden wissenschaftlichen Zeitschriften ist es eine gute, nachahmenswerthe Sitte, eingreifende und den Sinn umgestaltende Veränderungen an einem Manuscripte nur nach vorhergehender Verständigung mit dem betr. Verfasser vorzunehmen. Ohne mit der mehr philologischen Aufgabe, jene beiden Publicationen im Einzelnen zu emendiren, mich zu befassen, sei nur bemerkt, dass nur die hier gegebene, an manchen Stellen allerdings etwas erweiterte Darstellung meinen Erfahrungen, Anschauungen und Empfindungen entspricht.

Einiges über die Technik der Operation der adenoiden Wucherungen.

Von

S.-R. Dr. **R. Cholewa**, Berlin.

In der September-Nummer der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. schildert H. Beckmann seine Operations-Methode der adenoiden Vegetationen und knüpft hieran einige Bemerkungen, deren Consequenzen mir nicht gerechtfertigt erscheinen, und die ich deshalb richtig zu stellen versuchen möchte. Obgleich die Zahl der von mir operirten Fälle 5000 nicht ganz erreicht, getraue ich mir doch ein Urtheil über die Indicationen zur Wegnahme dieser Geschwülste, sowie über die Art und Weise der Ausführung der Operation abzugeben. So glaube ich z. B. nicht, wie Beckmann, dass zur Fortschaffung der adenoiden Vegetationen das von ihm construirte Ringmesser für alle Fälle genügt; ich sage Ringmesser, da es schliesslich doch nichts weiter ist, wie eine allerdings verbesserte Nachahmung des s. Z. sehr anerkannten und auch heute noch vollkommen ausreichenden Gottstein'schen Ringmessers. Der Ring ist nur viereckig ausgezogen, die Biegung des

Digitized by Google

Messers in sich, seine Winkelstellung zum Stiel, sind schon alle bei dem Gottstein'schen Messer von verschiedenen Seiten eingeführt worden, ohne wie gesagt, für alle Fälle absoluten Erfolg bei der Operation zu garantiren. Doch dieses viereckige Ringmesser von H. Beckmann ist an sich in so fern eine Verbesserung des Gottstein'schen genialen Gedankens, als es sich bequemer handhaben lässt wie das letztere, und das ist es gerade, was mich dazu führt, meine Verwunderung darüber auszusprechen, dass H. Beckmann trotz seiner 5000 operirten Fälle sich über die Bedingungen der effectvollen Schnittführung noch nicht klar geworden zu sein scheint. Wie er selbst auf pag. 390 anführt, lässt sich „die eigentliche Schnittführung kaum genügend beschreiben"; so dass man fast versucht wird, die Construction des gewiss höchst werthvollen Instrumentes für einen glücklichen Zufall zu halten, an dem das ingeniöse Nachdenken des Autors keinen Theil hat. Schauen wir uns doch einmal die Bedingungen an, unter denen ein Ringmesser schneidet oder nicht schneidet, so ist die hauptsächlichste die, dasselbe so am Rachendach aufzusetzen, dass der schneidende Rand des Messers absolut rechtwinkelig zur sagittalen Ebene der Schädelbasis geführt wird. Ist dieses nicht der Fall, steht die Klinge nur etwas schief, so wird anch bei dem stärksten Druck das Instrument nicht seine Schuldigkeit thun, d. h nur mit einem Theil seiner Klinge schneiden, oft blos ritzen und so nicht den gewünschten Erfolg haben. Weiter sagt H. Beckmann pag. 391 „beim Säuglinge genügt ein leichtes Andrücken" (des Ringmessers), was hat das zu bedeuten? Es zeigt uns, dass bei kleinen Dimensionen des Rahmens das Hineinpressen der Wucherung in den Rahmen leichter ist, als wenn dieser Rahmen sehr gross ist. Die richtige Grösse des H. Beckmann'schen Rahmens sichert dem Instrument den Erfolg und daher ist es auch kaum zu verstehen, wie die vollkommen werthlose Nachahmung des H. Beckmann'schen Messers, ich meine das Instrument von Kirstein, eine solche Gefolgschaft bei dem Publikum der Aerzte finden konnte. Die oblonge Colossal-Oeffnung des Kirstein'schen Tonsillotoms zwingt den Operateur bei Führung desselben einen Druck auszuüben, der für beide Theile, Operateur und Patient, höchst unbequem und durchaus nicht gleichgiltig ist. Denn durch diesen Ueberdruck wird die exacte Führung des Messers in der sagittalen Ebene des Schädels unsicher und es werden Verletzungen an der hinteren Pharynxwand verursacht, die nicht gleichgiltig sind. Wenn auch letzteren Schaden H. Beckmann für einen Vortheil seines Instrumentes anzusehen scheint, indem er sagt, „der Schnitt muss tief genug gehen — an der hinteren Wand bis auf die musculi recti capitis", so bleibt er uns doch die Erklärung schuldig, warum der Schnitt so tief gehen muss. Gewöhnlich sehen wir bei beiden Instrumenten, bei dem von Kirstein mehr wie bei dem Beckmann'schen, dass die abgetrennte Wucherung noch an einer Schleimhautbrücke der hinteren Pharynxwand hängt; dieselbe muss von dort, wie dies Beckmann selbst eingesteht, mit anderen Instrumenten, Zangen, Schlingen etc. entfernt werden. Das, was er aber nicht sagt, ist, dass diese unnützen Schleimhautabschürfungen oft Veranlassung zu starken, anhaltenden Blutungen geben, die um so gefährlicher sind, als sie sich der Beobachtung leicht entziehen und von

Digitized by Google

deletärer Wirkung sein können, wenn nicht rechtzeitig ärztliche Hilfe zur Stelle ist. Diese Blutungen sehen wir nie bei der Anwendung der curettenartigen Instrumente, und in Folge dessen kann ich auch mit Beckmann nicht übereinstimmen, wenn er sagt, dass bei sich wiederholenden Blutungen ein unvollständiges Stück (der Mandel) zurückgeblieben ist. Denn bei der Anwendung der Lange'schen oder der nach ersterer modificirten Hartmann'schen Curette bleiben immer solche Stücke auch bei der sorgfältigsten Führung zurück. Das macht übrigens letztere Instrumente nicht schlechter, umgekehrt; wir werden oft noch eine Curettage vornehmen müssen, wenn das Ringmesser einen scheinbaren Erfolg gehabt. Denn wir dürfen nicht ausser Acht lassen, dass jedes Ringmesser nur so viel von den Wucherungen fortnimmt, wie in seinen Rahmen hineingepresst ist; d. h. dass es im Pharynx einen Weg ungefähr wie ein Schneepflug macht, in der Mitte schafft es die Bahn frei, aber an den Seiten, an den Tubenmündungen bleiben die adenoiden Vegetationen unberührt stehen, und gerade hier ist es, wo die Curette sich als omnipotent erweist. Aus letzterem Grunde ist es mir auch nicht klar, warum Hartmann sein eigenstes, vielleicht bestes Kind neuerdings verleugnet und zur Zange, und zu welcher Zange greift! Spricht er sich doch in No. 35 (a. 1885) der „Deutschen medicinischen Wochenschrift" in einer Kritik der Hopmann'schen Operationsmethode direct gegen den Gebrauch der Zange mit den Worten aus: „Die Zangenoperation H.'s, beim nicht chloroformirten Patienten ausgeführt, ist für letzteren mit grossen Unannehmlichkeiten verbunden. Das Manipuliren mit Finger und Zange im Nasenrachenraum, das Ausreissen der bisweilen recht resistenten Wucherungen, die sich anschliessende, meist beträchtliche Blutung etc." Wir sehen hier einer vollkommen gerechtfertigten Abneigung gegen die Anwendung jeder Zange Ausdruck gegeben, gerechtfertigt deshalb, weil keine Zange, mag sie construirt sein wie sie will, vollkommen schneidend wirkt, sondern das Erfasste nur zerquetscht und die zerquetschten Massen vom Operateur nicht herausgeschnitten sondern gerissen werden. Vielleicht ist es nur eine Laune, der Wunsch, etwas „Neues" zum XII. Congress in Moskau zu haben, gewesen, was Hartmann veranlasste, seine Curette zu desavouiren, ein Instrument, das mir besonders zur Operation kleinster Patienten sehr werthvolle Dienste leistet, ja das ich gewissermaassen für das einzig brauchbare zur Entfernung der adenoiden Vegetationen bei Kindern unter einem Jahre halte. Denn wenn H. Beckmann angiebt (pag. 392), sein Instrument zuerst zur Operation von „Säuglingen" construirt zu haben, so muss ich bekennen, dass ich die Anwendung desselben gerade bei diesen für äusserst gefährlich halte. Gefährlich, weil solche Kinder eine so geringe Rachendachhöhe haben, dass abgeschnittene Stücke der Wucherungen leicht in den äusserst nahe gelegenen Larynx gerathen können, besonders wenn diese Stücke, wie es bei sehr scharfen Ringmessern geschieht, nicht dem Instrumente folgen, sondern erst später nach mehrfachem Räuspern und Würgbewegungen zum Vorschein kommen. Aber kleinste Kinder räuspern sich nicht, auch nicht auf das dringendste Zureden, sie schreien grundsätzlich kräftigst, aber aspiriren hierbei ebenfalls kräftigst, so dass ein Stück der ade-

Digitized by Google

noiden Wucherungen den Larynx verlegen und Erstickungsgefahr herbeiführen kann, ganz abgesehen von der oben erwähnten, hier noch mehr wie in anderen Fällen uncontrolirbaren Blutung. Ich habe zur Operation solcher kleinsten Kinder die kleinste Nummer der Hartmann'schen Curette derartig abgeändert, dass das schneidende Fenster des Instrumentes fast direct vom Stiel entspringt und so der geringen Höhe des Pharynxgewölbes entspricht. Die Curettage mit dem Hartmann'schen Instrument muss selbstverständlich ebenso exact und noch exacter ausgeübt werden wie mit dem H. Beckmann'schen, d. h. es muss der schneidende obere Rand des Messers fest gegen die linke oder rechte Seite des Rachengewölbes angedrückt und unter demselben Druck rechtwinklig zum frontalen Durchmesser des Schädels parallel dem sagittalen zur anderen Seite geführt werden. Dann, aber auch nur dann, sitzt der abgeschnittene Tumor in dem Fenster des Instrumentes und wird mit diesem leicht entfernt. Auf diese Weise sind wir unabhängig von dem Gehorsam oder der Reactionsfähigkeit der kleinen Patienten und vermeiden die Gefahr einer Aspiration gänzlich. Indessen giebt es auch Fälle, wo auch die exacteste Schnittführung weder mit dem Beckmann'schen noch Hartmann'schen Instrument einen einigermaassen befriedigenden Erfolg erzielt; sie sind gekennzeichnet durch das Eindringen der stark entwickelten adenoiden Wucherungen in die Choanen selbst. Jedes Ringmesser, also auch das H. Beckmann'sche, wird hier, in das Rachengewölbe eingeführt, nicht vor die adenoiden Vegetationen treten, sondern dieselben nur noch mehr in die Choanen hineindrängen und daher ohne nennenswerthen Erfolg seinen Weg gegen die hintere Pharynxwand machen. In solchen Fällen ist es nöthig, erst zur kalten Schlinge seine Zuflucht zu nehmen und von vorn durch die Nase einige der hervortretendsten Wucherungen zu entfernen, quasi Bresche zu legen, worauf die Anwendung des Ringmessers vollen Erfolg zu haben pflegt. Natürlich erfordert die Anwendung der Schlinge die vorherige Application von Cocaïn, und ist es dann unter Zuhilfenahme der Rhinoscopia posterior leicht, sich auch bei kleineren Kindern über die Anwesenheit, Grösse und Beschaffenheit der adenoiden Vegetationen zu unterrichten. Es ist nicht nöthig, hierzu mit dem Finger durch den Mund in den Nasenrachenraum einzugehen und denselben abzutasten. Abgesehen von der Infection, der hierdurch Arzt und Patient ausgesetzt sind, ist es für manchen Patienten ein geradezu ekelhafter Gedanke, sich oder seine Angehörigen in dieser Weise untersucht zu wissen; unwillkürlich wird und muss er daran denken, dass mit diesem Finger wohl auch andere Körperhöhlen untersucht wurden und er last not least oft genug zur Exploration der eigenen Nase des Herrn Doctors dient. Wir haben in der That diese anscheinend auch von H. Beckmann verwandte Untersuchungsmethode entschieden nicht nöthig, um zur festen Diagnose der Wucherungen zu gelangen, und bin ich trotz der grossen Anzahl der von mir untersuchten und operirten Fälle nur sehr, sehr selten gezwungen gewesen, zu dieser Methode meine Zuflucht zu nehmen. Die Cocainisirung darf nicht angewendet werden kurz vor der Operation der Adenoiden, da sonst bei dem Nachlassen der Cocainwirkung eine starke Nachblutung unvermeidlich ist. Es giebt

Digitized by Google

kein Mittel, welches gerade unter diesen Umständen so tückisch wirkt wie Cocain. Sie haben vielleicht auf Wunsch der Eltern, in der Idee, die Schmerzhaftigkeit des Eingriffes zu mildern, dem Kinde Cocain in Nase und Pharynx applicirt, die Adenoiden sind entfernt, das Kind wird eine Zeit lang wegen etwaiger Nachblutung beobachtet. Sie entlassen dasselbe mit einigen Verhaltungsmaassregeln, nachdem Sie das absolute Sistiren der gewöhnlichen Blutung constatirt haben. Da, unterwegs, nach einer weiteren halben Stunde, beginnt erst die Nase leise zu bluten, bald speit auch das Kind Blut aus, und plötzlich zum grossen Entsetzen der Angehörigen erbricht es davon wohl ein halbes Nachtgeschirr voll, und erst nachdem der kleine Patient wachsbleich und ohnmächtig geworden, steht die Blutung. An und für sich hat dieselbe nicht allzuviel zu sagen, wenn man persönlich zur Stelle sein und solche Blutung überwachen kann; indessen kommen solche unangenehmen Zufälle natürlich fast nur bei ausserhalb wohnenden Leuten vor, wodurch sie äusserst gefährlich werden können. Deprimirend wirken sie immer, also cave Cocain vor der Operation der Adenoiden. Will man aus bestimmten Rücksichten, auf Bitten der Eltern etc. diese Geschwülste schmerzlos entfernen, so eignet sich hierzu am besten die von Dr. med. Schleich angegebene Chloroform-Aethernarcose, eine Mischung von Aether sulfur. 60, Chloroform 15, Aether Petroli 5, welche bei 38° C. siedet. Bei Anwendung derselben bleibt die Reactionsfähigkeit in dem Grade erhalten, dass die Patienten auf Befehl den Mund öffnen, husten, schnauben; kurz, sie verhalten sich wie Hypnotisirte, so dass jede Gefahr der Aspiration wie bei Chloroformnarcose ausgeschlossen ist. Das Erwachen aus der Narcose geht rasch und glatt von Statten, späteres Würgen und Erbrechen findet nicht statt. Ich wende mich nun zu dem „Fundamental-Satze" H. Beckmann's, der da lautet: „Der typische Schnupfen etc. besteht in einer primären Entzündung der Rachenmandel". Ich muss gestehen, dass ich bis jetzt noch nicht auf den Gedanken einer primären Entzündung der Rachenmandel gekommen bin, er ist mir neu und, vornweg gesagt, unbewiesen, ebenso wie die aus ihm gezogenen Consequenzen. Die einzige directe Beobachtung, die uns H. Beckmann für die Richtigkeit seiner Behauptung vorführt, ist die „Tonsillitis lacunaris" nach galvanocaustischer Behandlung der Nase. Diese letztere soll „stets von einer Entzündung der Rachenmandel eingeleitet sein". Beckmann übersieht aber erstens, dass eine solche intercurrente Entzündung artificiell hervorgerufen ist und zweitens, dass dieselbe auch nach Galvanocaustik der Nase, besonders bei Erwachsenen, beobachtet wird, wo absolut keine adenoiden Vegetationen vorhanden sind. Wäre eine primäre Entzündung der Vegetationen öfter vorhanden, so müssten wir auch die Symptome einer solchen wie rubor, calor, dolor der betreffenden Partien öfter zu Gesicht bekommen. Die Entzündung müsste bei der eingeklemmten Lage der Mandel und die durch die Entzündung hervorgerufene Vergrösserung derselben öfter Schmerzen und zwar ganz bedeutende Schmerzen hervorrufen. Mit einem Worte: die primäre Entzündung der Rachentonsille würde sich kaum anders verhalten wie die entzündeten Gaumentonsillen, da sie analog gebaut und bis auf die Capsel der letzteren ähnlich situirt ist. Soviel ich weiss, ist nun

Digitized by Google

aber eine acute Tonsillitis faucium niemals eine Indication zur sofortigen Kappung der Mandeln, es sei denn, dass Erstickungsgefahr droht; vielmehr und mit Recht ist es eine wohlbegründete Usance, das Nachlassen der Entzündung abzuwarten und nicht im floriden Stadium zu operiren. Wir alle wissen, dass die Folge einer Kappung der stark entzündeten und vergrösserten Tonsille eine verstärkte Anschwellung ist, welche von einem erysipelartigen Oedem der benachbarten Theile begleitet wird. Sollten sich denn die entzündeten Vegetationen anders gestalten, sollten wir nicht ähnliche Erfahrungen machen? Und in der That haben Prof. Trautmann und Andere, wie auch ich die Beobachtung gemacht, dass nach Wegnahme der adenoiden Vegetationen sich ohne nachweisbare vorhergehende Erkrankung des Pharynx daselbst erysipelartige Entzündungen etabliren. Hat vielleicht in diesen sehr seltenen Fällen eine primäre Entzündung der Wucherungen vorgelegen? Ich möchte es fast annehmen und daher auch für diese Fälle eine primäre Entzündung der adenoiden Vegetationen zulassen, für die Gesammtzahl der Fälle sicherlich nicht. Die Consequenzen, die H. Beckmann aus seiner Idee der primären Entzündung der adenoiden Vegetationen zieht und die darauf hinauslaufen, bei Exsudaten und frischen eitrigen Entzündungen im Mittelohr erst die adenoiden Wucherungen zu entfernen und dann oder damit die Affectionen der Pauke zu heilen, sind nicht neu. Schon Hessler hat in seinem Aufsatz „Ueber die Behandlung der adenoiden Vegetationen mit dem Schütze'schen Pharyngotonsillotom" (Arch. für Ohrenheilk., Bd. 38) gesagt: „Practisch wichtig ist die Thatsache, dass allein durch die Operation der Hals- und Rachenmandel ein in der Pauke constatirtes, bewegliches Schleimexsudat entfernt werden kann, so dass der Trommelfellschnitt nicht mehr indicirt ist." Das klingt fast, als wenn es H. Beckmann geschrieben hätte, doch ist dieser Ausspruch nur zum Theil berechtigt. Denn es giebt Exsudate, die durch ihre Massenhaftigkeit wie äusserst zähe Beschaffenheit zur „Absaugung durch die Tube" (H. Beckmann) sich sicher nicht eignen. Würden wir in solchen Fällen z. B. vor Fortschaffung der Exsudate durch Paracentese, Spülung per tubam und Ausheilung des Trommelfellschnittes die Operation der adenoiden Wucherungen vornehmen, so ist nicht ausgeschlossen, dass von der eiternden Pharyngealwunde aus das Exsudat inficirt und schwere acute Otitis media purulenta die Folge wäre. Denn wir dürfen nicht vergessen, dass auch nach der in der exactesten Weise mit dem Beckmann'schen Messer vorgenommenen Excision eine Wundfläche gesetzt wird, die nur unter Production von Eiter binnen 8 bis 14 Tagen heilt, wahrlich ein Zeitraum, gross genug, um allen möglichen Infectionen Vorschub zu leisten. H. Beckmann selbst bekennt, „dass jede Verletzung der hinteren Wand (und diese ist bei der Anwendung des Ringmessers ein allzuhäufiges Vorkommen) zu schlecht heilenden, lange secernirenden Wunden Veranlassung giebt". Also: Es dürfte sich daher ebenso gefährlich und vielleicht noch gefährlicher die Wegnahme der adenoiden Vegetationen in dem floriden Stadium der acuten, eitrigen Otitis media erweisen. Was soll hier auch die Wegschaffung der adenoiden Vegetationen nutzen, so lange noch die Paukenschleimhaut bis in ihre tieferen Schichten von Coccen durch-

Digitized by Google

setzt ist? Den Ausgangspunkt der eitrigen Mittelohrentzündung fortschaffen? Das würde heissen Beelzebub mit dem Teufel austreiben, indem wir neben die acut eitrig inficirte Pauke einen neuen Herd septischen Materials setzen und so schwere, neue Infection der der Pauke benachbarten Knochenpartien, insonderheit des Warzenfortsatzes herbeiführen können. Wenn Hessler ibidem pag. 36 sagt: „Ich habe schon seit Jahren Patienten auch mit acuter Mittelohreiterung nicht nach der wohl allgemein üblichen Methode behandelt, zuerst die Ohreiterung zu heilen und zuletzt die Rachenaffection, sondern ich habe die Ohreiterung durch Paracentese, Ausblasung des Mittelohrs soweit behandelt, dass ich in der nächsten Zeit keine Eiterretention mehr zu fürchten brauchte, und entfernte nun erst Hals- und Rachenmandel", so heisst das also mit dürren Worten, dass er es genau so macht wie andere Leute, d. h. den ersten Sturm in der Pauke vorüberbrausen lässt und dann erst die Operation der adenoiden Vegetationen etc. unternimmt. Er hat also nicht im floriden Stadium der acuten Mittelohr-Entzündung operirt, und trotzdem ist es ihm passirt, dass er bei 65 in dieser Manier behandelten Fällen 5 Mal consecutiv eine Warzenfortsatzoperation unternehmen musste. Fragen wir uns, was die Entfernung der adenoiden Vegetationen bei acuter, eitriger Mittelohrentzündung nutzen soll, so ist die Antwort darauf: Sie soll hier wie bei den oben erwähnten Exsudaten die Ventilation der Pauke anbahnen und damit hier wie da der Bildung von neuen Transsudaten ein Ziel setzen. Diese, als neues Ernährungsmaterial für noch nicht abgestorbene Coccenlager betrachtet, werden versprengte Reste von Coccen zu neuer Thätigkeit anzuregen vermögen und somit im Stande sein, den Entzündungsprocess der Pauke zum Nachtheil des Transmissionsapparates derselben zu unterhalten. Wir müssen mithin also logischer Weise warten, bis diese Indication an uns herantritt, also so lange, bis die Schleimhaut der Pauke die Coccenschichten abgestossen oder resorbirt hat und quasi immun geworden ist, ehe wir zu einem operativen Eingriff schreiten. Wir werden diesen Eingriff sofort unternehmen, wenn uns die Absonderung von schleimig-eitrigen abundanten Massen zeigt, dass die Paukenschleimhaut in ihrer definitiven Abschwellung behindert, und wir werden dies dann ohne Gefahr für die Neuanfachung eines entzündlichen Processes in und um die Pauke ausführen können. Ich bin zu Ende und bitte die Leser dieses Artikels, denen ich vielleicht nur allzu Bekanntes gebracht habe, mir nicht zu zürnen, aber — principiis obsta!

Doppelbatterieeingriff und Hilfsstrom in der electro- und katalytischen Praxis.

Von

Dr. med. **W. Lamann** (St. Petersburg),
Consultant an der Maximilianoff'schen Heilanstalt des Rothen Kreuzes.

Ende August 1895 kam der Blecharbeiter B., 38 Jahre alt, von schwächlichem Körperbau, in meine Behandlung mit Klagen über in

Digitized by Google

der letzten Zeit aufgetretenes Verlegtsein der rechten Nase. Die hintere Rhinoscopie klärte die Sachlage sofort auf. Die ganze rechte seitliche Wandung des oberen Rachens und zwei Drittel des Daches waren — wie Abbildung I schematisch darstellt — von einer etwas höckerigen, derben Geschwulst eingenommen. Die rechte Choane war der Inspection unzugänglich, während die linke in ihrer ganzen Peripherie sichtbar war. Am Halse rechts ein Packet geschwollener Drüsen. Die Anamnese ergab nichts Bemerkenswerthes, ausser etwa, dass der Kranke, jung verheirathet, Lues mit Bestimmtheit in Abrede stellte. Zwecks microscopischer Untersuchung entnahm ich der Geschwulst ein Präparat und übergab es dem Laboratorium des Herrn Dr. Biel, worauf mir von Dr. Galan-de-la-Croix folgende Antwort (N 14841) zuging: „. . . bei der microscopischen Untersuchung der Schnitte zeigte sich ein dem embryonalen Typus des Bindegewebes ähnliches, gleichmässig mit zahlreichen kleinen Rundzellen durchsetztes und ebenfalls zahlreiche, theils unter einander parallel, theils winklig von einander abzweigende,

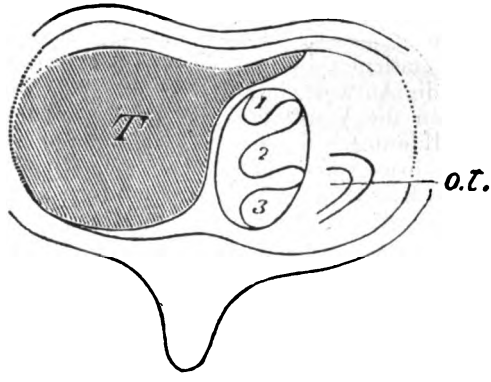


Abbildung I.

feine Gefässe aufweisendes Gewebe, welches man, falls der Erkrankungsheerd nicht grösser, als die übersandten Präparatstücke, als Granulationsgewebe ansprechen könnte, trotzdem hierzu die feinen Blutgefässe nicht genug kollabirt erscheinen. Im Falle es sich jedoch um eine grössere, rapid wachsende Geschwulst handeln sollte, so müsste man sie auf Grundlage der microscopischen Untersuchung als gefässreiches Rundzellensarkom bezeichnen."

Da die microscopische Diagnose „Sarcom" den klinischen Befund vollständig deckte, so unternahm ich die electrische Behandlung auf folgender Grundlage: die Geschwulst sollte electrolytisch zerstört werden, zugleich jedoch der Versuch gemacht werden, auf die infiltrirten Drüsen katalytisch einzuwirken, im Sinne eines umstimmenden Stoffwechselumsatzes. Zu diesem Zwecke applicirte ich einen Lehmkuchen auf das Drüsenpacket, als negativen Pol, während, als positiver Pol, eine Doppelnadel durch den Mund geführt und in die Geschwulst eingestochen wurde. Die Sitzung verlief in zwei

Digitized by Google

Tempos, je 10 Minuten lang. Die Stromstärke entsprach für gewöhnlich 20 M.-A. und nur an einzelnen Tagen konnte ich bis gegen 30 M.-A. hinaufgehen. Die Sitzungen wurden mit seltenen Ausnahmen sechs Mal wöchentlich durchgeführt. In dem Krankenbogen findet sich Folgendes vermerkt:

19. September (13 Sitzungen). — „Die bei Aufnahme der Behandlung aufgetretenen Schmerzen sind vollständig verschwunden."

21. September (15 Sitzungen). — „Die Geschwulst ist flacher; hingegen schreitet die Infiltration am Rachendache nach links hinüber und reicht bis zum weichen Gaumen."

17. October (35 Sitzungen). — „Die Geschwulst füllt nahezu den ganzen oberen Rachen aus, indem sie nach und nach das ganze Dach und die ganze linke Seite ergriffen, und hier Neigung zeigt, auf das Palatum molle überzugreifen. Die Nasenathmung ist links auch vollständig aufgehoben. Bei der hinteren Rhinoscopie ist nur das hintere Ende der unteren linken Muschel sichtbar (Abbildung No. II). Schmerzen

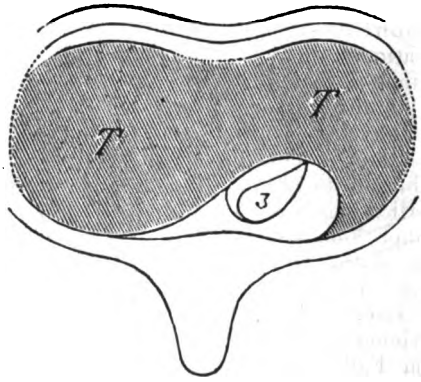


Abbildung II.

fehlen vollständig, Mundöffnung frei. Allgemeinbefinden befriedigend; der K. nimmt frei Speisen zu sich, arbeitet ziemlich viel und ist sogar auffallend munter."

Hiermit war das Endresultat dieser 35 Sitzungen gleich Null zu bezeichnen. Das Sarcom hatte nach und nach das ganze Cavum ausgefüllt. Es war auch noch eine diffuse Schwellung in der rechten Nase aufgetreten, die zur Compression des Thränenkanals führte und Thränenträufeln hervorgerufen hatte. Das Drüsenpacket wurde nicht kleiner.

Ich stand hiermit vor der Frage: war hier überhaupt von der galvanischen Behandlung nichts zu erwarten oder handelte es sich im gegebenen Falle nur um einen unzweckmässigen Applicationsmodus des Stromes? Ich bin der Ansicht, dass solange unsere Technik sich als entwicklungsfähig erweist, wir noch kein Recht haben, die erste Frage zu bejahen. Wie stand es also um die Technik im gegebenen Falle?

Der Tumor hatte stetig und unaufhaltsam am Umfange zuge-

Digitized by Google

nommen, als ein Zeichen, dass die electrolytische Zerstörung und die angestrebte katalytische Ernährungsmodification mit dem Wuchse der Neubildung nicht einmal gleichen Schritt halten konnten. Während ich an einer Stelle einen Schorf setzte, wuchs indessen die Neubildung an einer anderen Stelle umso gewaltiger und es wollte mir nicht gelingen, die ganze Tumorfläche mit einem Schorfe zu bedecken. Die nächstliegende Voraussetzung war, dass vermuthlich die Stromstärke zu gering sei, also auch die Stromdichte; allein erstere durfte meist der Schmerzhaftigkeit wegen 20 M.-A. nicht überschreiten. Es mussten also andere Wege erschlossen werden.

Ich konnte die Sitzungen öfter wiederholen oder auch die Dauer der einzelnen Sitzung verlängern. Beides hatte jedoch seine Schattenseiten. Eine zeitraubende ambulatorische Behandlung z. B. zweimal täglich, statt einmal, vorzunehmen, war praktisch schwierig durchzuführen. Doch auch die einzelne Sitzung zu verlängern war schwer, weil sowohl die Geduld des K., als mein Arm dabei erlahmten.

Noch eine Möglichkeit lag nahe, nämlich die von der katalytischen Beeinflussung des Drüsenpackets vollständig abzustehen und die ganze Strommasse ausschliesslich electrolytisch zu verwerthen. Ob jedoch Solches rationell wäre? Bildeten denn die inficirten Drüsen nicht ebenfalls einen Infectionsheerd und eine Gefahr für den Organismus? Darauf konnte ich mich also nicht einlassen.

Ich will hier gleich hervorheben, dass wir des Oefteren vor analogen Fragen zu stehen kommen. Die Verhältnisse fordern eine Stromverstärkung, während die Empfindlichkeit des K. sich dagegen auflehnt — will natürlich sagen — bei einem gewissen Arrangement unserer Instrumente. Daher kam es, dass ich bereits lange vordem mit dem Gedanken umging, dafür Abhilfe zu schaffen, sei es auch nur für einige Arrangementtypen. Theoretische Erwägungen waren es, die mich zur Benutzung einer zweiten Batterie — nennen wir sie Hilfsbatterie — führten. Nach vielen früher misslungenen Versuchen gelang es mir endlich, in diesem Falle die hier gestellte Aufgabe — die electrolytische Wirkung zu verstärken ohne die katalytische zu schädigen — glücklich zu lösen. Ich ersuche den Leser, sich in dem Schema No. III zurechtfinden zu wollen.

T bedeutet einen Tumor, in welchen eine Doppelnadel eingeführt ist. Die Nadeln N und P sind von Platin, beide isolirt und parallel verlaufend. E — ist ein Lehmkuchen, der von aussen das Drüsenpacket, resp. Tumor bedeckt. BI — ist die erste Batterie, gm — ein in ihre Kette eingeschalteter Galvanometer, das (+) der ersten Batterie ist mit dem Lehmkuchen, das (—) mit der Nadel N verbunden. BII — ist die zweite galvanische Batterie; in der Kette derselben ist ein Widerstand von 2000 Ohm eingeschaltet, ebenso ein sehr empfindliches Galvanoscop gs. Das (+) der zweiten Batterie ist mit der Nadel P, das (—) mit der Nadel N verbunden.

Setzen wir voraus, dass der Tumor nur in die Kette der BI eingeschaltet ist, wobei also die Verbindung mit BII unterbrochen wäre. In diesem Falle wäre die Richtung des Stromes von (+) BI über ab zum Lehmkuchen E, dann durch den Tumor zur Nadel N, um schliesslich auf dem Wege rcd in die BI zurückzuführen.

Digitized by Google

Setzen wir jetzt den andern Fall voraus, dass nämlich der Tumor in die Kette der BII eingeführt, während die Kette der BI geöffnet ist. Dann geht der Strom von (+) BII durch den Widerstand von 2000 Ohm und das Galvanoscop, erreicht bei S die positive Nadel P, darauf den Tumor, und gelangt auf dem Wege rxy, durch Vermittlung der Nadel N, in die BII zurück

An Stelle der BII hatte ich eine Hirschmann'sche Tauchbatterie mit Chromlösung und Schleifcontacten aufgestellt. Die Construction dieser Batterie ist derartig, dass wenn die Contacte auf Null stehen, der Kranke sich thatsächlich in einer Metallkette befindet, obgleich die galvanische Kette geöffnet ist. Die Punktirlinie yzp soll eben diese im Batteriekasten verlaufenden Metallverbindungen schematisch darstellen.

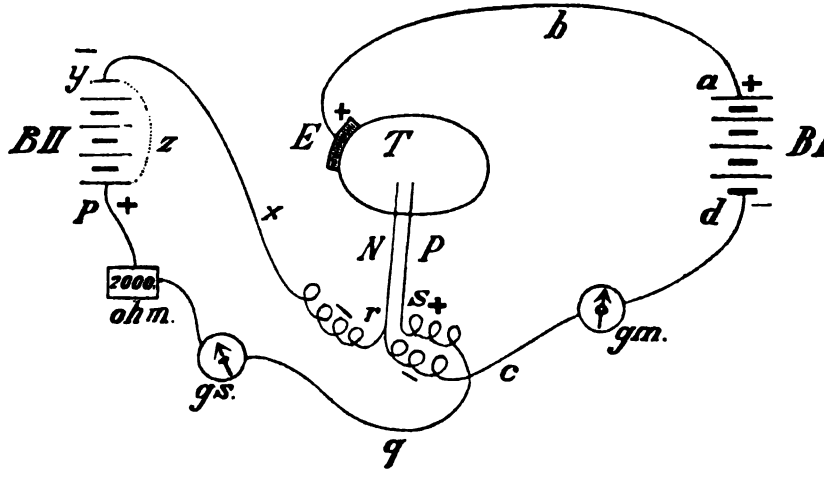


Abbildung III.

Was geschieht unter diesen Umständen, wenn wir den K. in den Strom der BI einschalten? Der Strom (BI) erreicht zuvörderst den Tumor T über abE; hier aber stehen ihm zwei Wege offen. Den direkten Weg haben wir schon untersucht; er führt über die negative Nadel und rcd in die BI zurück. Andererseits geht vom Tumor noch eine Stromschleife via Nadel P, sqp und pzy und schliesslich yxrcd zur BI. Es ist selbstverständlich, dass die Hauptmasse des Stromes BI sich in der Richtung des geringen Widerstandes d. h. in die Nadel N ergiessen wird, und nur eine geringe Milliampèrezahl wird die BII in ihrem Metallschlusse passiren. Diese letzte Stromabzweigung wird sich sofort durch eine Ablenkung der Galvonoscopnadel (in der Richtung zum Plus) zu erkennen geben. So ergab z. B. das Galvanoscop, bei einer Einführung von 8 Elementen BI und einer Stromstärke von 15 M.-A. (in der Hauptleitung), einen Ablenkungswinkel von 22°.

Digitized by Google

Es ist unschwer herauszufinden, dass, wenn wir an Stelle der Hirschmann'schen BII eine andere Batterie aus frei hintereinander geschalteten Leclanché oder Meydingerelementen aufgestellt hätten, Nebenschluss nicht zustande kommen könnte, folglich auch am Galvanoscop keine Ablenkung der Nadel auftreten würde.

Nach diesen Auseinandersetzungen ist es nicht schwer, sich zu vergegenwärtigen, was geschehen muss, wenn wir nacheinander die Elemente der Hirschmann'schen BII in die Kette einschalten, nachdem die BI bereits in Thätigkeit gesetzt worden ist. Es wird der Zeiger des Galvanoscops über den Nullpunkt zurückgehen und hiermit eine der ersten entgegengesetzte Richtung des Stromes angeben. Dieser Umstand weist also darauf hin, dass vom Moment des Inthätigkeitsetzens der BII in ihrer Kette ein Strom aufgetreten ist, der erstens — stärker, und zweitens — von entgegengesetzter Richtung ist, als der von der BI abgezweigte. Ich habe bereits nachgewiesen, dass eine Stromschleife der BI die Richtung sqp einhalten muss, während der Strom BII, wie auf dem Schema ersichtlich, von p nach s gerichtet ist. Da der Batteriestrom II kräftiger ist, als die ihm entgegengesetzte Stromschleife der BI, so ergiesst er sich in die Nadel P, worauf sich ihm nur die einzige Möglichkeit erschliesst, auf dem Wege des Tumors T und durch Vermittelung der Nadel N zurückzukehren.

Es könnte mir hier die Bemerkung gemacht werden, dass die Möglichkeit einer Stromschleifenbildung (BII) bei P, über den Tumor T und Lehmkuchen E, durch BI und schliesslich den langen Weg dcrxy nicht von der Hand zu weisen wäre. Doch ist dieser Weg so lang und weiset deshalb einen verhältnissmässig so grossen Widerstand auf, dass diese angedeutete Stromschleife BII praktisch als gleich Null zu bezeichnen wäre, zumal ihr der starke Batteriestrom BI entgegenwirkt.

Dieses ist die physicalische Seite des in diesem Falle angewandten „Doppelbatterieeingriffes". Ich hoffe, dass sich nun keine Schwierigkeiten mehr herausstellen werden, um die nöthigen klinischen Consequenzen ziehen zu können.

Der Unterschied in der Wirkung der BI ist in dem Umstande zu suchen, dass dieselbe ihre frühere electrolytische Zerstörungswirkung bei beiden Nadeln, N und P entwickelte, während diese Wirkung jetzt nur bei N manifest wird (ich rede hier im Vergleich zu dem Eingriffe bei den früheren 35 Sitzungen). Der Strom dieser Batterie tritt bei E in den Körper, zerstreut sich in demselben, indem er katalytische Wirkungen hervorruft, sammelt dann seine Schleifen und verlässt den Tumor, nachdem er bei N eine electrolytische Zerstörung zustande gebracht, welche bei 20 M.-A. annähernd dem Zerstörungsgrade gleichkommt, der früher bei N und P zusammen erzielt wurde.

Der Batteriestrom II ruft nur eine electrolytische Zerstörung, sowohl bei P, als bei N, hervor.

Fassen wir das Besprochene kurz zusammen, so erweist es sich, dass gegenwärtig der Wirkung der BI sich die zerstörende polare Wirkung der BII hinzugestellt hat. Wie aus dem Schema ersichtlich, summirt sich bei der Nadel N die polare Wirkung der negativen Pole beider Batterien.

Digitized by Google

Die Sitzungen wurden nun im gegebenen Sarcomfalle so durchgeführt, dass zuvörderst die Elemente der BI nacheinander eingeschaltet wurden — wie gesagt — bis zur Mittelstärke von 20 M.-A. Das Galvanoscop zeigte eine Ablenkung des Zeigers. Doch war schon, wie leicht begreiflich, das Einschalten eines einzigen Elements der BII genügend, um den Zeiger zum Zurückgehen auf Null zu bestimmen, wobei durch Einführung weiterer Elemente der Zeiger des Galvanoscops eine entgegengesetzte Ablenkung aufwies. Durch langsames Einschalten der Elemente BII erzielte ich, nach der Angabe des Kranken, eine bestimmte Stromstärke. Die Sitzung verlief nach wie vor in zwei Tempo's, zu je 10 Minuten.

Es war im höchsten Grade sehenswerth, worauf ich die Aufmerksamkeit der anwesenden Herren Collegen besonders lenken zu müssen glaubte, wie der K. durch Zeichen die Stromstärke beider Batterien selbst zu reguliren imstande war. Er meldete stets fehlerfrei, in welcher der beiden Ketten der Strom zu verstärken oder abzuschwächen wäre. Es war hiermit erwiesen, dass der K. die von den beiden Ketten hervorgerufenen Empfindungen deutlich differenziren konnte. Allerdings muss bemerkt werden, dass ich es hier schon mit einem „geschulten" Kranken zu thun hatte.

Da der K. eine bedeutende Steigerung der Stromwirkung BI gut vertrug, so wäre man wohl berechtigt den Schluss zu ziehen, dass der Ausgangspunkt des Schmerzes, der früher eine Steigerung über 20 M.-A. unmöglich machte, nicht bei dem negativen Pole zu suchen war. Dieser Schmerz war jedenfalls durch den Reiz eines tieferliegenden Nerven hervorgerufen.

Am 25. October wandte ich an diesem Kranken zum ersten Male diesen „Doppelbatterieeingriff" an. Es gelang mir in einer Woche die ganze Oberfläche des Tumors mit einem Schorfe zu bedecken. Der Tumor verkleinerte sich schnell und der K. begann mit der linken Nase zu athmen„ während das Drüsenpacket flacher wurde. Das hintere Ende der rechten unteren Muschel erschien im Gesichtsfelde. — Am 7. December ist vermerkt, dass der K. mit der linken Nase vollkommen frei athmet; die rechte Nase ist noch verlegt. Die Geschwulst im oberen Rachen hat den Character eines Tumor's verloren und sieht mehr einer diffusen Infiltration ähnlich. In Folge dieser Besserung wurde seit dem 7. December der Doppelbatterieeingriff nicht mehr täglich vorgenommen, sondern je nach Bedarf zur Zerstörung der noch bleibenden grösseren Geschwulstpartieen. Kleinere inselförmige Partien, die dem Einstecken der Doppelnadel wenig zugänglich waren, wurden mit Chromsäure geätzt. Grössere Aufmerksamkeit wurde jetzt der Katalyse zugewandt, welche täglich mittels Einzelbatterie so durchgeführt wurde, dass der negative Pol mit dem Lehmkuchen verbunden wurde, während den positiven Pol ein durch den Mund in den oberen Rachen eingeführter Wattetampon bildete.

Die letzte Sitzung fand kurz vor dem 20. December statt. Um diese Zeit erkrankte ich selbst und sah den K. erst den 8. Januar wieder. Im Laufe dieser zwei Wochen hatte der obere Rachenraum Zeit, sich endgiltig von allen gesetzten Schorfen zu befreien, die Katalyse — ihre Wirkung zu entfalten. Bei dem ersten postrhinoscopischen

Digitized by Google

Blicke war ich fürwahr von dem lokalen Befunde überrascht (s. Abbildung No. IV).

Die rechte Choane war in ihrer ganzen Peripherie dem Auge zugänglich; über die linke Choane senkte sich von oben nur noch eine kleine, nicht gänzlich zerstörte Partie. Die hinteren Muschelenden beiderseits blass, leicht geschwellt. Ostium tubae Eustachii links freiliegend, rechts von einem strangförmigen Reste des Tumors verdeckt. Der weiche Gaumen vollständig intact.

Doch war dieser günstige Befund in hohem Maasse durch eine neue ungünstige Erscheinung stark beeinträchtigt. Die rechte Wange erschien deutlich geschwellt, das rechte untere Augenlid ödematös, die untere rechte Muschel bei der Inspection von vorn in ihrem vorderen Drittel soweit geschwellt, dass der tiefere Einblick von vorn in die Nase sehr erschwert wurde. Diese Volumenzunahme erschien

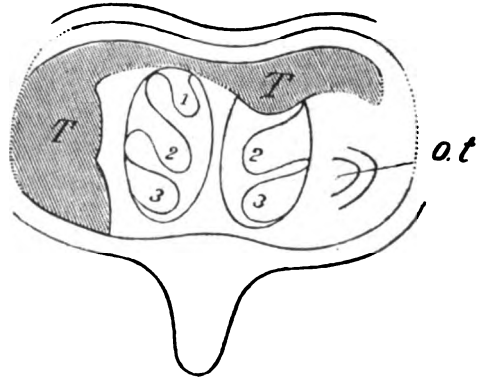


Abbildung IV.

gleichmässig, blassroth; Thränenträufeln rechts. Oben rechts drei stark cariöse Zähne (1 Bicusp. und 1 und 2 Mol.) Dazu am harten Gaumen am inneren Alveolarrande eine längliche derbe Anschwellung.

Im Laufe der nächsten Wochen traten nach und nach Schmerzen in der rechten Gesichts- und Kopfhälfte auf; die Schwellung der Wange, des Alveolarrandes und des Zahnfleisches trat jetzt in der Weise in den Vordergrund, dass sie meine Aufmerksamkeit vollkommen von dem oberen Rachen — der in demselben Status verblieb — ablenkte. Alle drei cariösen Zähne wurden entfernt, durch eine Alveole die rechte Highmorshöhle angebohrt, wobei sich kein Eiter entleerte. Trotzdem wurde eine Canule eingeführt, durch die für lange Zeit die einzig mögliche gründliche Reinigung der Nase mittels Ausspritzens vorgenommen werden konnte. Um den 10. Februar, als die Schwellung der rechten Gesichtshälfte, beider Augenlider und des harten Gaumens ihr Maximum erreicht, blieb der K. aus der Behandlung weg.

Nach zwei Monaten — am 12. April — erschien der K. wieder bei mir mit einem nahezu normalen Aussehen der rechten Backe. Er machte die Mittheilung, dass er die ganze Zeit von einer Frau mit

Digitized by Google

Mohrrübensaft behandelt worden sei, dass die Schmerzen nach und nach abgenommen hätten und er sich leidlich wohl fühlen würde, wenn nicht neue Schmerzen in der Tiefe der rechten Orbita in den letzten Tagen aufgetreten wären. Die Untersuchung ergab Folgendes. Der Alveolarfortsatz gegen früher bedeutend abgeschwellt, die Highmorsfistel verheilt. Bei einfacher Inspection des Rachens ist ein bleifederdicker Wulst rechts seitlich von oben nach unten ziehend im Pharynx bemerkbar. Am oberen Rachendache ein geringes Infiltrat, etwa kirschkerngross über dem linken oberen Choanenrande (alter Herd). Die hinteren Enden der rechten Muscheln ragten in Form von unebenen dunkelrothen Massen zum Theil in den oberen Rachen hinein. In den nächsten Tagen erreichten die Schmerzen in der rechten Orbita einen erschreckenden Grad. Die Augenlider schwollen enorm an; der rechte Augapfel wurde hervorgetrieben; es trat Erblindung auf dem rechten Auge ein. Der K. meldete sich im Alexanderstadthospitale zur Aufnahme. Auch dort wurde die Diagnose auf Sarcom gestellt; doch blieb er dort nur einige Tage, um am 13. Mai 1896 zu Hause zu sterben.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass ich es hier mit einem Sarcom zu thun hatte. Die starke Schwellung der Backe und des alveolaren Fortsatzes, die später zurückging, mochte auf einer zufälligen anderweitigen Infection beruht haben.

Für mich hat dieser Fall insofern eine Bedeutung, als das Neoplasma, unbekümmert um die 35 Sitzungen mittels Einzelbatterie, consequent weiterwucherte, bis ich den „Doppelbatterieeingriff" anwandte, durch den zwar keine Heilung erzielt, so doch der Tumor, soweit er erreichbar war, zerstört wurde und im Laufe von Monaten ohne weiteres locales Zuthun ein vollkommener Stillstand im Wachsthum in der alten Richtung eingetreten war, wodurch an der operirten Stelle ein leidlicher Status geschaffen wurde. Allerdings nahm der Process dann eine andere Richtung: er ergriff die hintere rechte Nasenhälfte, drang in der Richtung zur Orbita und senkte sich um Einiges in den Pharynx.

Wenn ich nun auf meinen „Doppelbatterieeingriff" zurückkomme, so muss ich betonen, dass das von mir theoretisch besprochene und practisch durchgeführte Schema nicht den „Doppelbatterieeingriff" an sich ausmacht. Unter dieser Benennung schlage ich vor, künftighin überhaupt das Heranziehen einer galvanischen Batterie, in welcher Form und nach welchem Schema es auch sei, zu verstehen. Es ist durchaus nothwendig, gerade in diesem bezeichneten Sinne diesen neuen Ausdruck zu gebrauchen, weil darauffolgende Analysen mir gezeigt haben, dass die Möglichkeit vorliegt, denselben Effect auch mit Einzelbatterie zu erzielen. Allerdings liegt die Frage offen, ob das für alle möglichen Combinationen der Fall sein wird. Für den gegebenen Sarcomfall liegt das Schema No. V vor.

Dasselbe ist so einfach, dass eine detaillirtere Erklärung wohl wegfallen kann. Von dem positiven Pole gehen eben zwei Leitungen: die eine zu electrolytischen und katalytischen Zwecken zum Lehmkuchen E, die andere zur Nadel P — ausschliesslich zu Zerstörungszwecken.

Digitized by Google

Das klinische Resultat nach diesem zweiten Schema muss auf Eins mit dem durch den Doppelbatterieeingriff erzielten hinauslaufen. —

Hier wäre ich an dem Punkte angelangt, wo mancher Leser, durch die gespannte Aufmerksamkeit, mit der er den Doppelbatterieeingriff verfolgt, ermüdet, auf den Gedanken kommen könnte, mir entgegenzuhalten, dass

1) die Beschreibung des Doppelbatterieeingriffes eigentlich unnützer Ballast wäre, sobald derselbe klinische Erfolg durch eine Einzelbatterie erreicht werden könne, und

2) wir eine Stromtheilung in einzelne Leitungsdrähte, von einem Pole ausgehend, bereits seit Jahrzehnten kennen — hiermit bei dem zweiten Stromschema nichts Neues vorliegt.

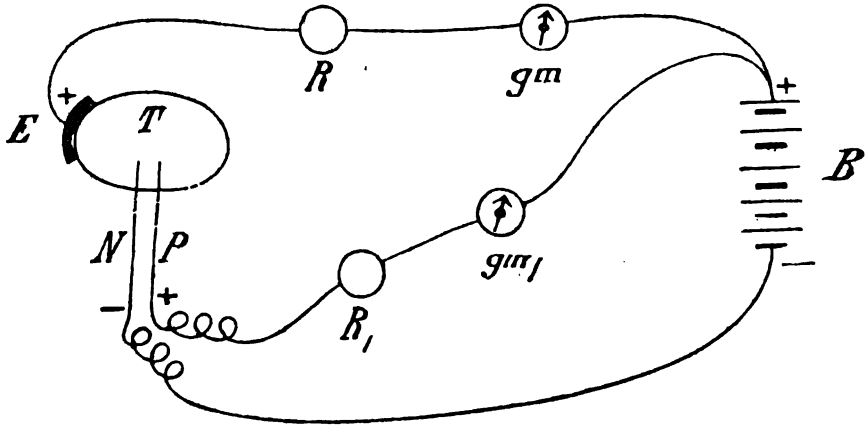


Abbildung V.

Ad 1) wäre hervorzuheben, dass die Wahl eines Einzel- oder Doppelbatterieeingriffes aus erster Hand von dem Vorhandensein der nöthigen Instrumente abhängig sein wird. Für das erste Stromschema wären nothwendig:

1) zwei Batterien mittlerer Grösse mit Schleifcontacten oder Elementenzählern;

2) zwei Galvanometer;

3) ein Widerstandsmagazin (in meinem Falle gegen 2000 Ohm), um bei dem vorhandenen geringen äusseren Widerstande beim Einführen der Elemente möglichem Schmerze vorzubeugen.

Das zweite Stromschema würde erfordern:

1) eine grosse Batterie von hintereinandergeschalteten Elementen — bis zu 60—80 Volt;

2) zwei Galvanometer;

3) zwei derartige Rheostate, dass der Widerstand gleichmässig verändert werden könne.

Es ist also klar, dass der Arzt erstens bei der Wahl an das Vorhandensein genannter Apparate gebunden ist. Zweitens ist die schwache

Digitized by Google

Seite des zweiten Stromschema's leicht ersichtlich und besteht in der Abhängigkeit der Stromstärke, in der einen Abzweigung von dem Widerstande in der andern. Wenn wir z. B. den Widerstand durch den Rheostat R vergrössern, so wird am Galvanometer gm eine Abschwächung der Stromstärke, zugleich aber auch am Galvanometer gm_1 eine grössere Milliampèrezahl abzulesen sein. Es wird also in jeder Stromabzweigung die Stromstärke durch beide Rheostaten regulirt werden müssen.

Wenn wir berücksichtigen, dass beide Ketten eine verschiedene Stromstärke, zumal bei schwankendem äusserem Widerstande, erfordern, so ist hiermit die Schwierigkeit der Ausführung nach dem zweiten Stromschema erwiesen. Diesem wäre noch hinzuzufügen, dass zur Bedienung beider Ketten mir nur eine Hand zur Verfügung stand, indem die andere die Doppelnadel im Rachen fixirte. So einfach hiermit das zweite Stromschema erscheint, so schwierig muss sich dasselbe in der Praxis ergeben. Wenngleich das Aufstellen der Batterien nach dem ersten Schema mehr Zeit und Aufmerksamkeit erfordert, als nach dem zweiten Schema, so wird dieses durch die Möglichkeit einer ruhigen und prompten Regulirung der Stromstärke im ersten Falle vielfach aufgewogen.

Auf welche Weise die Aerzte künftighin die Idee der Hilfsströme — nicht nur bei Neubildungen und abgesehen von der Stromquelle — ausnutzen werden, das wird von diversen Umständen abhängen. Nach der Aufzeichnung des ersten Schemas wird es weniger schwer sein, weitere zusammenzustellen, wenigstens für elementare Fälle. Ich glaube voraussehen zu können, dass mit der Zeit in den diversen Specialgebieten eine Reihe von Schemata's für Doppelbatterieeingriffe zusammengestellt und damit die Aufgabe dem Anfänger um ein Bedeutendes erleichtert werden wird. Was mein erstes Schema betrifft, so hat mir solches, ich muss es gestehen, viel Schwierigkeiten bereitet. Es mussten die Rollen der beiden Batterien nach den electrolytischen und katalytischen Zielen vertheilt werden; zugleich musste diese schwierige Aufgabe so gelöst werden, dass beide Ströme nur den Kranken treffen und nicht etwa in die andere, einen geringeren Widerstand aufweisende Batterie abgeleitet würden. Namentlich dieser letzte Punct bot mir bedeutende Schwierigkeiten. Daraufhin kann ich nur den sehr ernst zu nehmenden Rath ertheilen, nie eine Hilfsbatterie anzuwenden, ohne selbst für die einfachsten Fälle sich eines aufgezeichneten Schemas zu bedienen, wobei mit besonderer Aufmerksamkeit alle mögliche Abzweigungspunkte zu berücksichtigen wären; sonst könnte es vorkommen, dass der Strom eine vom Arzte ganz ungeahnte Richtung nähme.

Diesem möchte ich noch Folgendes hinzufügen. Es ist durchaus zu beachten, dass die Kranken bei dem Doppelbatterieeingriffe möglichst wenig durch an sie applicirte Instrumente belästigt werden. In diesem Sinne ist der besprochene Sarcomfall, so zu sagen, ideal durchgeführt worden, indem beim Doppelbatterieeingriffe dieselbe Electrodenapplication benutzt wurde, wie bei den vorausgegangenen 35 Sitzungen. Es ist wohl möglich, dass in anderen Specialgebieten, z. B. in der Gynäkologie, wo eine ruhige und bequeme Lagerung der Kranken

Digitized by Google

möglich ist und dadurch Ohnmachten vorgebeugt wird, das Anlegen einer mehr complicirten Electrode oder einer grösseren Zahl derselben von geringerer Bedeutung wäre. In der Rhino- und Laryngologie hingegen, wo Ohnmachten häufiger drohen, müssen die Kranken oft schnell von den sie belästigenden Instrumenten befreit werden. Die Constructions- und Applicationsweise der Letzteren muss also so einfach, wie möglich, sein. Bei complicirten technischen Eingriffen müssen die ersten Sitzungen nicht zu ernst genommen, die Behandlung vielmehr, so zu sagen, spielend begonnen werden. Was die Gefahren bei Anwendung stärkerer Ströme am Kopfe betrifft, so scheinen sie mir von den Autoren übertrieben zu sein. Schmerz und Ohnmachtsgefühl weisen uns die Stromstärke, die nicht überschritten werden darf, und ich neige mehr der Ansicht zu, dass nur unsinniges Vorgehen seitens des Arztes zu gefahrdrohenden Erscheinungen führen kann.

Ad 2) Wodurch unterscheidet sich der von mir vorgeschlagene „Hilfsstrom" von jener alten Applicationsweise, die in einer Theilung des Hauptleitungsdrahtes in mehrere einzelne Leitungen, welche ihrerseits in Nadeln auslaufen, besteht? Der Unterschied ist in zwei Richtungen hin zu suchen.

Erstens war bei jener Applicationsweise nur von einer gesammten Strommessung die Rede. Wie sich die abgezweigten einzelnen Leitungen zur Stromstärke verhielten, wurde dabei nicht bestimmt. Doch wäre es natürlich irrig, anzunehmen, dass die Electricitätsmenge sich nach der Zahl der Leitungsdrähte in so und so viel gleich starke Schleifen theilen sollte. Wir wissen hingegen ganz genau, dass diese Theilung im umgekehrten Verhältniss zum Widerstande des Gewebes vor sich gehen muss. Wird der Strom im Sinne meines „Hilfsstromes" angewandt, so ist die Möglichkeit exacter Strommessung nicht nur gegeben, sondern muss auch jedesmal exact durchgeführt werden.

Der zweite Unterschied liegt in dem Umstande, dass dort jede einzelne abgetheilte Stromschleife den Zweck des Hauptstromes verfolgt, weil sie eben einen Theil desselben ausmacht. Es wurden z. B. mehrere einzelne in die Mamma eingeführte Nadeln — zwecks Zerstörung — mit einem Pole verbunden und jede einzelne Nadel wirkte natürlich in demselben Sinne. Bei meinem „Hilfsstrom" ist Solches nicht unbedingt der Fall, wie das bei dem eben beschriebenen Sarcomfalle klar zu Tage tritt. Selbstverständlich müssen in der Praxis auch Fälle vorkommen — namentlich Fälle mit combinirter Electrolyse und Katalyse — in denen es nicht so ganz leicht erscheinen könnte, zwischen den beiden Strömen den einen als Hauptstrom zu bezeichnen, weil beide Ströme ihrem Zwecke gemäss selbstständig angelegt sein können, und müssen dieselben dann als gleichwerthig bezeichnet werden. Deshalb sollte jedoch meiner Ansicht nach die Bezeichnung „Hilfsstrom" nicht beanstandet werden, weil dieselbe doch nur den Zweck hat, hervorzuheben, dass mit mehr denn einer selbstständigen Stromquelle gearbeitet wird. —

Nachdem ich durch Vorstudien auf dem Gebiete der sogenannten klinischen „Electrolyse" mich soweit ausgebildet zu haben glaubte, dass ich mich auf das mare altum dieses Gebietes hinauswagen und meine eigenen Wege gehen konnte, habe ich mir vor einigen Jahren die

Digitized by Google

Revision dieses Gebietes, sowohl nach der klinischen als auch nach der physicalischen Seite hin zur Aufgabe gestellt. Hiermit sollte zuvörderst weder das Gebiet der „Electrolyse" erweitert, noch dasselbe genauer abgesteckt werden, es sollten vielmehr von Fall zu Fall die heutzutage als richtig geltenden Anschauungen nochmals einer gründlichen Kritik unterworfen werden. Und da erwies es sich denn bald, dass Einiges „faul sei im Staate Dänemark".

Wenn ich von der Anwendung der „Electrolyse" in der Dermatologie absah und nur das „Höchste in der hohen Schule" d. h. die Anwendung in den Kanälen und Höhlen des menschlichen Körpers im Auge behielt, so war es mir bald klar, dass die Behauptung von der leichten Ausführbarkeit „der Electrolyse" — wie wir es Tag ein Tag aus zu lesen bekommen — auf einer gewissen Unkenntniss der Methode, ihrer physikalischen Seite insbesondere, beruht. Solches darf natürlich bei den heutzutage an den Arzt gestellten enormen Forderungen nicht überraschen.

In der Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1894 No. 6 — „der electrolytische Schaum als Nebenschluss" — habe ich bereits nachgewiesen, welche immense practische Bedeutung die Nebenschlüsse haben. Heimtückisch und hinterlistig lauert hier der Verrath und zu Hunderten gehen die Aerzte gemächlich in die Falle. Der Umstand allein, dass die Doppelnadel (als Plus und Minus) vier Jahrzehnte lang als ein nahezu ideales Instrument bezeichnet wurde, wäre doch fürwahr ein lauter Mahnruf zur Vorsicht.

Wenn die Nebenschlüsse die Messung der Stromstärke illusorisch machen können, so liegt noch ein anderer Umstand vor, auf den ich in der letzten Zeit meine Aufmerksamkeit gelenkt habe: es ist die Schwierigkeit der Stromdichtebestimmung, namentlich bei flachen Electroden (Sonden, Platten etc.). Wenn der Electrotherapeut die gutdurchfeuchtete Electrode auf die gutdurchfeuchtete Haut drückt, so ist er wohl berechtigt von einer klinischen Stromdichtemessung zu reden. Die Stromzerstreuung kommt erst dann zur Geltung, wenn die Dermis passirt ist, d. h. die Stromfäden zerstreuen sich im Körper, nachdem ihre Dichte bei ihrem Eindringen gemessen werden konnte. Anders steht es bei uns. Indem wir eine Electrodenplatte auf die feuchte Schleimhaut legen, schaffen wir Bedingungen zur Zerstreuung des noch nicht in den Körper gedrungenen, sondern über die Schleimfläche gleitenden Stromes. Welche ist dann gegebenen Falles die den Strom aufnehmende Fläche? Selbstverständlich muss sie grösser ausfallen, als der Flächebefund unserer Electrode. Doch um wie viel grösser? Wenn ich zur Zeit keine genügende Antwort darauf geben kann, so bin ich mir doch der grossen Bedeutung dieser Frage und ihrer Consequenzen für die Klinik gut bewusst.

Das sind schon zwei physikalische Momente, um die sich die Mehrzahl der Aerzte bis jetzt eigentlich wenig zu bekümmern scheint. Diesem ist noch als Drittes die irrige Auffassung von der „Electrolyse", als klinischer Methode, in dem Sinne, wie ihr die überwiegende Mehrzahl der Aerzte huldigt, hinzuzufügen.

Das Endresultat der Stromwirkung auf das lebende Gewebe kann sich klinisch nur auf zweierlei Weise manifestiren: entweder Tod des

Digitized by Google

Gewebes oder eine Umstimmung in der Gewebsernährung unter fortgesetzter Lebensdauer. Dieses wird vielleicht noch einleuchtender sein, wenn wir statt des Begriffes „Gewebe" die anatomische Einheit — die einzelne Zelle — setzen. Es handelt sich hier ausschliesslich um den elementarsten Fall, denn die Wirkung des Stromes auf das Gewebe erscheint natürlich viel complicirter, weil hier noch indirecte Factoren mitwirken.

Diese zwei Möglichkeiten haben die alten Autoren, d. h. der 60er und 70er Jahre, richtig erkannt, indem sie daraus zwei klinische Methoden folgerten — die Electrolyse und die Katalyse. Und was die Hauptsache war — die Alten hatten es verstanden diese Auffassung systematisch zu verwerthen, wodurch es ihnen gelungen ist, in verhältnissmässig kurzer Zeit diese Methoden so weit auszubilden, dass die folgende Generation — die es für gut befunden, die Katalyse als klinische Methode zu streichen — diesem eigentlich so gut wie gar nichts technisch hinzufügen konnte, weil sie sich in der electrochemischen Theorie, so zu sagen, verfangen hatte. Die Theorie von gestern ist allerdings nicht mehr die Theorie von heute und ich stehe in diesem Sinne auch nicht mehr auf dem Standpunkte z. B. Frommhold's (beiläufig gesagt, eines sehr sympathischen, nüchtern denkenden Autor's), sondern auf dem der modernen electrolytischen Dissociationslehre. Und diese Lehre zwingt mich durchaus nicht, das bekannte klinische Factum zu verleugnen. Mein electrokatalytisches Glaubensbekenntniss habe ich bereits in dieser Monatsschrift (1894, No. 12) in dem Vortrage „Zur Frage über die Katalyse als selbstständige Behandlungsmethode" niedergelegt und was ich damals geschrieben, unterzeichne ich auch heute, denn je mehr ich arbeite, umso klarer erkenne ich die Nothwendigkeit an, auf die Wiedereinführung der Katalyse, als einer selbstständigen klinischen Methode, die ihre speciellen Ziele mit speciellen Mitteln anstrebt, hinzuarbeiten. Wenn ich in meinem letztgenannten Vortrage nur klinische Illustrationen vorführen konnte, so glaube ich heute durch die Auseinandersetzung der Bedeutung der Hilfsströme dem Fortschritte gedient zu haben. Und war es etwa blosser Zufall, dass dieser Fortschritt in der Technik gerade von einem Arzte ausgeht, der der Katalyse im Sinne einer selbstständigen klinischen Methode huldigt? Ich wage zu glauben, dass es kein Zufall ist, weil ich tief überzeugt bin, dass nur die strengste Differenzirung des Zieles zur Differenzirung der klinischen Eingriffe führen kann und — darin liegt auch für die Zukunft der Schlüssel zum Fortschritt.

Noch einmal das Auskochen der Kehlkopfspiegel[9]).

Von

Prof. **Körner** in Rostock.

Ich bin darauf aufmerksam gemacht worden, dass schon vor Jahren Flatau und Zarniko in ihren Lehrbüchern das Auskochen der Kehl-

[9]) Anm. Es ist hier nur von den gewöhnlichen Kehlkopfspiegeln die Rede, nicht von den von Killian und von Hopmann angegebenen, welche aus der Fassung herausgenommen werden können und das Kochen ebenfalls vertragen.

Digitized by Google

kopfspiegel empfohlen haben. Leider sind die Angaben dieser Autoren, wie so manche treffliche Beobachtungen und Rathschläge, die in Lehrbüchern enthalten sind, nicht allgemein bekannt geworden und nicht in die grossen Werke (M. Schmidt und Heymann's Handbuch [Fränkel]), in denen wir uns über den Stand unseres Wissens zu orientiren pflegen, übergegangen.

So sehr ich bedauere, die Priorität der genannten Autoren übersehen zu haben, freue ich mich doch, dass hierdurch die wichtige Sache noch einmal angeregt werden konnte. Ich möchte die Herren Collegen bitten, gekaufte Spiegel stets der Kochprobe zu unterwerfen und, wenn sie die Probe nicht bestehen, dem Händler zurückzugeben. Nur so können wir die schlechten Spiegel mit Zinn-Amalgam-Belag aus der Welt schaffen.

In meiner Poliklinik wird jedes gebrauchte Instrument sofort in Lysol-Lösung gelegt, die auf jedem Untersuchungstische bereit steht. Niemals wird ein Ohrenspiegel in beide Ohren eines Kranken eingeführt. Der Diener hat weiter gar nichts zu thun, als die gebrauchten Instrumente sofort aus der Lysol-Lösung zu sammeln, auszukochen und wieder an ihren Platz zu bringen. Das scheint mir besser, als den Diener mit Ausspritzen, Politzern und dergleichen zu beschäftigen. Seitdem wir so verfahren, sehen wir z. B. keine secundäre Gehörgangsfurunkel mehr bei den behandelten Ohreiterungen auftreten. In den Lehrcursen behält jeder Patient die bei ihm gebrauchten Instrumente und überreicht sie jedem neuen Untersucher.

Sterilisirbare Halsspiegel.

Von

San.-Rath **Hopmann** in Köln.

In No. 10 dieser Monatsschrift empfiehlt Körner das Auskochen der Kehlkopfspiegel, welches sie, in Folge einer zufälligen Entdeckung seines Dieners, gut vertrügen.

Diese Entdeckung ist nicht neu, wie aus folgender Stelle erhellt, die dem Lehrbuch von Zarniko[10]) entnommen ist. „In dieser Hinsicht sind die Spiegel allen vorzuziehen, bei denen ein galvanoplastisch erzeugter Kupferbelag den Silberbelag schützt. Diese können ohne Schaden ausgekocht werden.“ (Sperrdruck fehlt im Original.)

Ohne Zweifel sind auch Körner's Spiegel mit diesem Schutz versehen, da Spiegel ohne galvanoplastischen Kupferbelag wohl nicht mehr angefertigt werden.

Jene alten, höchstens durch einen Firniss oder Asphaltlack geschützten Spiegel konnten allerdings das Auskochen nur mangelhaft oder gar nicht vertragen. Nur Metallspiegel machten hierin eine Ausnahme.

Die durch eine Kupferdecke auf der Rückseite geschützten Spiegel habe ich seit 1892 im Gebrauch und kann ihre Haltbarkeit nicht genug

---

[10]) Die Krankheiten der Nase etc., Berlin 1894, S. 86.

Digitized by Google

rühmen. Ich habe solche Spiegel z. Z. zu meinem „aseptischen Halsspiegel“ [11]) verwendet, welcher, wie ich zu meiner Genugthuung von Jahr zu Jahr mehr erfahre, dem Ideal eines sterilisirbaren Spiegels am nächsten kommt; denn auch die Fassung wird, da das Glas leicht herauszunehmen ist, nach dem jedesmaligen Gebrauch sterilisirt und sorgfältig gereinigt. Es ist klar, dass Spiegel mit fester Fassung, wenn sie auch durch Auskochen keimfrei gemacht werden können, doch von dem im Laufe der Zeit zwischen Glas und Fassung eindringenden Schmutz nicht gänzlich zu befreien sind. Ein solcher Spiegel genügt aber dem Princip der Reinlichkeit ebenso wenig, als etwa eine Pincette, die zwar ausgekocht, nicht aber durch mechanische Entfernung der Schmutztheile, die an dem gerieften oder gezähnten Ende festhaften, gesäubert würde. Ausserdem ist mein Spiegel sehr einfach und in seiner Handhabung für den Kranken bequemer, als die dickeren Spiegel mit fester Fassung, deren Rückseite das aufgelöthete Ende des Stiels uneben macht. Dem Lobe, welches meinem Spiegel von Paul Koch [12]) zu Theil wurde, könnte ich viele ähnliche Aeusserungen anreihen. Ich füge noch hinzu, dass ich seit Jahresfrist auf den Aluminiumgriff, der das Auskochen nicht verträgt, verzichtet habe. Den Griff bildet jetzt der verlängerte und passend umgebogene Stiel selbst. Nunmehr kann die ganze Fassung (und auch der leicht auswechselbare Spiegel für sich) ohne Nachtheil ausgekocht werden. Anfragen wegen des Spiegels sind an C. Hilgers, Köln, Friesenstrasse 63, zu richten.

Zu dem Aufsatz von Dr. Stanislaus von Stein in Moskau über Laryngitis desquamativa

in No. 9 von 1897 dieser Monatsschrift.

Von

Hofrath Dr. **Krieg** (Stuttgart).

Mit Hinweis auf die dortige Aufforderung, das casuistische Material jener Epithelabschuppung im Kehlkopf zu vermehren, sowie in Hinsicht auf die dort aufgestellten Fragen über das Wesen der Krankheit, endlich in Anbetracht der mehrfach gemachten Erfahrung, dass in einem Sammelwerk niedergelegte Einzelbeobachtungen selbst von schriftstellerisch thätigen Collegen offenbar leicht übersehen werden können, ist es wohl gerechtfertigt, wenn ich aus meinem Atlas der Kehlkopfkrankheiten (Enke, Stuttgart 1892) hier einen Fall wiedergebe, welchen ich, was die Epithelabschuppung anlangt, mit dem Moskauer Fall für identisch halte. von Stein's Fall ist somit nicht der erstbeschriebene.

Es heisst dort auf Seite 31:

„Fig. 6. Solitäres Papillom, harte Warze, Verruca dura des linken Stimmbandes, dessen ganze Länge verdeckend, von

---

[11]) Aseptische Halsspiegel, Deutsche med. Wochenschr., 1894, No. 9. (Dieser Spiegel ist durch D. R.-P. No. 11800 vom 3. März 1893 geschützt.)

[12]) Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1896, S. 563.

Digitized by Google

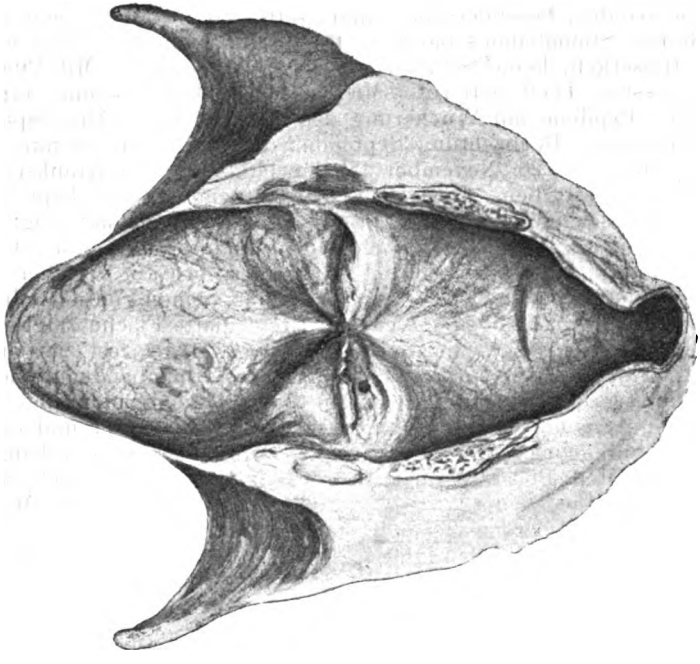
der Mitte seines inneren Randes entspringend, in kreideweisse, rundliche, starre, stachlige Zapfen auslaufend. Beide Stimmbänder und Taschenbänder, besonders das linke, roth und verdickt. Bewegung des linken Stimmbandes tadellos. 60jähriger Kaufmann. Seit einem Jahr Heiserkeit, keine Schmerzen, leichte Athemnoth. Mit Pincette den grössten Theil entfernt. Microscopische Untersuchung ergiebt lediglich Papillom mit Wucherung des Epithels, keine Anhaltspuncte für Carcinom. Beobachtung September 1889. Patient ist nun nach zwei Jahren, am 26. November 1891, nach 10tägigem Kranksein an Pneumonie gestorben. Der der Leiche entnommene Kehlkopf bietet folgende Erscheinungen dar: Die gesammte Schleimhaut zeigt ausgesprochene Hyperämie. Der rechte Ventriculus Morgagni ist ausgefüllt mit einer 1—2 mm dicken — nach bröcklig weicher Consistenz und gelber Farbe — eingeweichter Semmelrinde ähnlichen Masse, welche nach oben-aussen eine freie glatte Fläche zeigt, nach unten-innen mit dem Stimmband mehr oder weniger fest zusammenhängt; diese Masse schlägt sich um die innere Stimmbandkante herum nach abwärts und überzieht auch die innere Stimmbandfläche, wird je weiter nach unten um so dünner, brüchiger, lockerer und endigt unten in unregelmässig gezackter Linie. Diese Masse besteht lediglich aus verhornten Pflasterepithelzellen. Beim Abheben derselben erscheint die Mucosa der Stimmbandinnenfläche erodirt. Die Mucosa des Stimmbandes erweist sich bei microscopischer Untersuchung als hochgradig mit Rundzellen infiltrirt, in Form hoher und dichtgestellter Papillen gewuchert, deren Epithel an der oberen Fläche des Stimmbandes in dicker Schichtung im Verhornungsprocess begriffen ist; in der Mitte der Stimmbandinnenfläche ein linsengrosser Herd, wo in der stark infiltrirten Mucosa dicht gedrängte Epithelzapfen, theilweise Zwiebeln bildend, immer aber (auf allen Serienschnitten) mit der Oberfläche im Zusammenhang bleibend, eine beginnende atypische Epithelwucherung darstellen. Am Taschenband, und zwar von der hinteren wie vorderen Umschlagstelle und noch eine kurze Strecke der Innenfläche findet sich zahlreiche, aber nur halb so hohe Papillenbildung, mit nur wenig mächtiger Schicht nicht verhornten Epithels bekleidet."

Im Atlas dient dem Text zur Erläuterung ein farbiges Bild der harten Warze (Fig. 6, Tafel XI), eine Federzeichnung des Leichenpräparats (Fig. 6a auf Seite 32), welches die Epithelschollen in ihrer Masse und Ausbreitung zeigt und eine Kreidezeichnung, welche in Lupenvergrösserung einen Durchschnitt der linken Stimmlippe giebt.

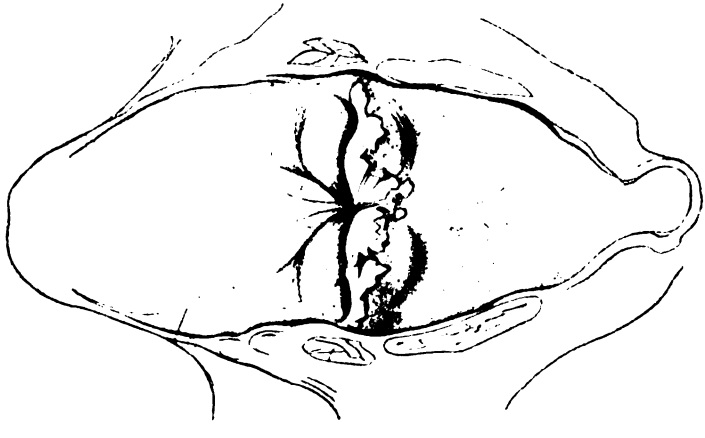
Aus diesem Text mit Abbildungen geht nun wohl unzweifelhaft hervor, dass überall da, wo die Epithelmassen sich fanden, die Schleimhaut in ganz bezeichnender Weise pachydermisch entartet war; es bleibt somit nichts übrig, als diese lockere Epithelanhäufung als Theilerscheinung der vorhandenen Pachydermie der Taschenbänder und Stimmlippen anzusehen.

Der Umstand, dass in meinem Fall diese Pachydermie an einem umschriebenen Theil der befallenen Schleimhaut, an dem mittleren

Digitized by Google



Figur 2.



Figur 1.

Digitized by Google

Bezirk der rechten Stimmlippenkante, sich zu einer harten Warze verdichtet hatte, welche zwei Jahre vor dem Tode von mir amputirt worden war, vermag nur diese Diagnose zu bekräftigen.

Die Frage aber, ob diese Pachydermie eine selbstständige ist, oder eine accessorische, wie ich die zu gutartigen oder bösartigen Neubildungen, zu syphilitischen oder tuberculösen Wucherungen und Geschwüren hinzutretenden Pachydermieen bezeichnen möchte, kann an dieser Auffassung ebenfalls nichts ändern. Wir beide haben daran gedacht, aber die Frage, ob vielleicht der Beginn einer bösartigen Neubildung vorliege, offen gelassen.

Ich füge hier zwei weitere Abbildungen bei, eine Umrisszeichnung (Fig. 1), welche die grösste Ausdehnung der Epithelmassen veranschaulicht und ein Bild (Fig. 2), auf welchem die in den beiden Ventrikeln fester haftenden Massen erhalten sind, während die die Stimmlippen bedeckenden Schollen — und zwar lediglich durch leichtes Aufträufeln von Wasser — entfernt sind, so dass man an der rechten Stimmlippe die Pachydermie der Schleimhaut und besonders in seiner Mitte das rundliche Grübchen sieht, um welches herum die in die Tiefe gewucherten Epithelschläuche gelagert sind.

Eine seltene Anomalie.

Von

Prof. Dr. **A. Onodi**, Budapest.

Die Figur illustrirt ein Präparat, welches sich durch die ausserordentliche Entwicklung und die ungewöhnliche Lage der hinteren Ethmoidealzelle (c. p.) auszeichnet. Man bekommt den Eindruck, als hätte man mit dem zwischen den Orbitallamellen befindlichen Theil der Stirnhöhle zu thun, da in der That die hintere Ethmoidealzelle (c. p.) zwischen den knöchernen Lamellen der oberen Orbitalwand sich befindet. Ihre Höhe ist über 2 cm, ihre Länge 3 cm und ihre Breite in der ganzen Querrichtung des Orbitaldaches 4 cm. Die grosse Ausbreitung und besonders die beschriebene Lage der hinteren Ethmoidealzelle ist eine seltene Erscheinung. Wir erwähnen die Beobachtungen Kuhnt's, welche sich auf Anomalien der Stirnhöhle beziehen.[13])

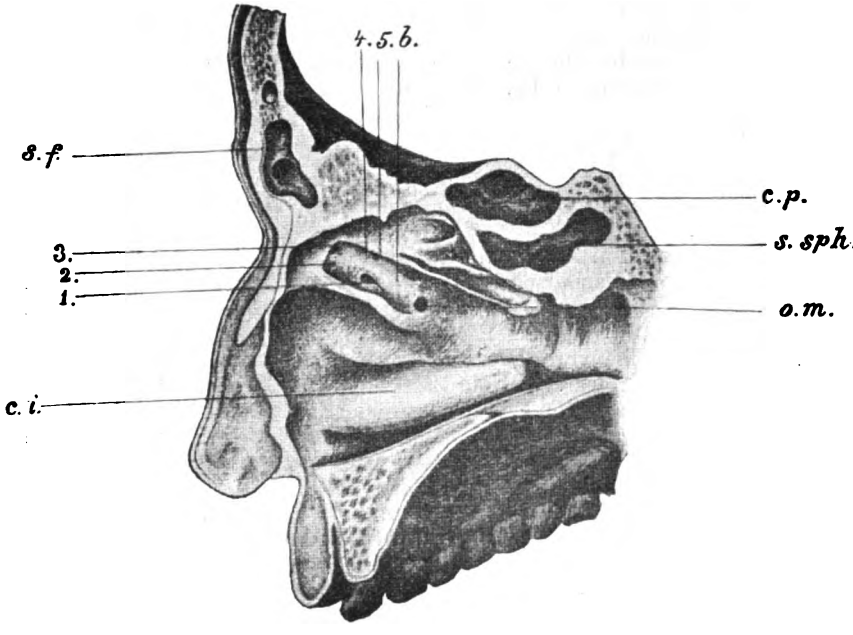
Die Stirnhöhle verbreitet sich beiderseits zwischen den Lamellen des Orbitaldaches bis zum Foramen opticum, durch eine knöcherne Scheidewand in einen vorderen und hinteren Abschnitt getheilt. Die eine hintere Stirnhöhle steht mit einer mittleren Ethmoidealzelle in Verbindung. Ein anderes Präparat zeigt in derselben Ausdehnung linkerseits die Stirnhöhle durch eine membranöse Scheidewand getheilt; auch hier steht der hintere Abschnitt mit einer mittleren Ethmoideal-

---

[13]) Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen 1895.

Digitized by Google

zelle in Verbindung. Die in diesen Fällen beschriebene hintere Stirnhöhle erscheint in unserem Falle als eine hintere Ethmoidealzelle.



Sagittalschnitt. Die mittlere Muschel ist entfernt, wodurch die Oeffnungen der Nebenhöhlen sichtbar geworden sind. c. i. untere Muschel, s. f. Stirnhöhle, c. p. hintere Ethmoidealzelle, s. sph. Keilbeinhöhle, o. m. Mündung der Highmorshöhle, b. Bulla ethmoidealis, 1 eine abgeschlossene Vertiefung, 2, 3, 4, 5 Oeffnungen vorderer Ethmoidealzellen, die letztere, 5, mit der anomalen Oeffnung der Stirnhöhle. Neben der schon erwähnten Anomalie finden wir noch andere interessante Verhältnisse, und zwar auffallend sind die zahlreichen Oeffnungen der vorderen Ethmoidealzellen, welche bei der Sondirung der Stirnhöhle in Betracht kommen und sehr leicht zu Irrthümern führen können. Besonders die mit 2, 3 bezeichneten Oeffnungen liegen an jener Stelle, welche bei der Sondirung der Stirnhöhle in Betracht kommt. Diese zwei Oeffnungen führen in zwei vorne isolirt gelegene vordere Ethmoidealzellen. Die mit 4, 5 bezeichneten Oeffnungen führen ebenfalls in vordere Ethmoidealzellen, ausserdem führt die mit 5 bezeichnete Oeffnung in die Stirnhöhle. In diesem Falle haben wir es noch mit einer anomalen Mündung der Stirnhöhle zu thun.

Digitized by Google

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 30. November 1897.
(Officielles Protocoll.)
Vorsitzender: Prof. Urbantschitsch.
Schriftführer: Doc. Dr. Pollak.

Prof. Urbantschitsch stellt zwei Fälle vor:

1) Einen Fall, der bereits am ersten Otologentag (Juni 1896) mit vollständiger Facialparalyse demonstrirt wurde, die sich erst nach der, wegen Caries des Mittelohres vorgenommenen Radicaloperation entwickelt hatte.

Bei der Operation war keine Facialiszuckung aufgetreten; am Tage der Operation trat Facialisparese auf, welche im Verlaufe von Wochen in vollständige Paralyse überging; diese hat monatelang angehalten. Im Frühjahre 1897 ging die Paralyse vollständig zurück; im August d. J. zeigte sich eine vermehrte Contraction im Facialgebiete der Seite, die früher gelähmt war. Dieser Fall bot also dieselbe Erscheinung dar, wie ein anderer von U. in der österr. otolog. Gesellschaft vor $1^1/_2$ Jahren demonstrirter Patient. Von Interesse ist bei dieser Patientin die Besserung der Hörfunction am operirten rechten Ohre: am 17. Januar 1896 wurde auf der rechten Seite die Uhr ad concham gehört, Flüsterstimme auf 30 cm; am 12. Februar Uhr 7 cm, Flüsterstimme auf acht Schritte; jetzt ist wieder eine Zunahme zu constatiren, die Uhr wird auf 30 cm gehört, Flüsterstimme auf acht Schritte.

2) Einen Fall von spontan durchgebrochenem Gehörabscess. Die betreffende Patientin, welche seit 10 Jahren, angeblich nach einer Ohrfeige, an linksseitiger Otorrhoe leidet, hatte in der letzten Zeit heftige Kopfschmerzen, besonders links, ausserdem Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen. Am 3. November 1897 Radicaloperation mit folgendem Befunde: Caries am Atticus, der Kopf des Hammers ausserordentlich dünn, durch Caries zerstört, vom Amboss ein kleiner Bruchtheil des Körpers vorhanden, am Tegmen tympani war ein Stück der Dura mater durch Caries blossgelegt, an derselben war nichts Abnormes zu bemerken. Nach der Auskratzung des ganzen Operationsfeldes wurde die übliche Tamponade eingelegt. Die Patientin war bis auf Kopfschmerzen ganz wohl und wurde am siebenten Tage aus dem Spitale entlassen. Beim ersten Verbandwechsel war nichts Pathologisches zu sehen; auffällig erwies sich die bedeutende Steigerung der Kopfschmerzen, weitere Erscheinungen waren nicht aufgetreten. Als am 12. November ein Tamponwechsel vorgenommen wurde, stürzte plötzlich aus der Operationsöffnung eine grosse Eitermenge (gegen $^1/_4$ l) im Strahle heraus, welche einen furchtbar widerwärtigen Geruch verbreitete und damit schon den Verdacht eines Gehirnabscesses hervorrief. Die Pat. fühlte sich darnach wohler.

Am nächsten Tage wurde eine genaue Untersuchung vorgenommen. An der Stelle, wo am Tegmen tympani die Dura mater bloss lag, zeigte sich bei der Sondenuntersuchung ein Riss in derselben, aus welchem stets Eiter hervortrat. Mit der Sonde konnte U. durch den Durariss

Digitized by Google

mehrere Centimeter weit in die Hirnmasse eindringen. Die Eiterung war in den ersten Tagen noch eine ziemlich heftige, dann sistirte sie immer mehr und hat gegenwärtig ganz aufgehört. Pat. hat in den letzten Tagen eine Besserung des Allgemeinbefindens gezeigt, der Kopfschmerz verschwand und gegenwärtig fühlt sie sich ganz wohl.

Nach der Untersuchung herrscht kein Zweifel, dass es sich hier um einen durchgebrochenen Gehirnabscess handelt.

Discussion:

Docent Dr. Pollak: Vor vier Jahren hat P. einen ähnlichen Fall beobachtet und beschrieben. Bei einem 13jährigen Knaben wurde wegen Caries des Warzenfortsatzes die Radicaloperation vorgenommen, die Höhlen des Warzenfortsatzes wurden ausgeräumt, wobei das Tegmen mastoideum weit freigelegt wurde. Bei dem Patienten stellten sich nach 24 Stunden Symptome von Hirndruck, Somnolenz ein, ich habe Hirnabscess diagnosticirt, die Operation desselben beantragt, und dieselbe auf den nächsten Tag festgesetzt. Nach dem Abnehmen des Verbandes zeigten sich das ganze Antrum mastoideum und die Zellen des Warzenfortsatzes von Eiter erfüllt, am Tuber mastoideum strömte aus einer Oeffnung Eiter hervor (gegen $^1/_5$ l). Es wurde ein Drainrohr 3 cm tief eingeführt und die Abscesshöhle ausgespritzt. Die bedrohlichen Erscheinungen gingen zurück und der Process heilte aus. Von Haug und Körner wurde angezweifelt, ob der Fall ein Gehirnabscess sei, wie ich ihn als solchen beschrieben habe, sie meinten, es wäre ein subduraler Abscess. Ich konnte aber mit der Sonde die Dura bei Seite schieben und in dem ausgespritzten Secret war direct Hirnmasse nachzuweisen. Es war also ein ähnlicher Fall.

3) Dr. Panzer demonstrirt zunächst ein Kind, welches wegen Caries des Sprunggelenkes im St. Annen-Kinderspital aufgenommen worden war. Das Kind — 7 Jahre alt — litt gleichzeitig seit 5 Jahren an linksseitiger Otorrhoe. Die Untersuchung des Kindes zeigte, nachdem der massenhaft angesammelte Eiter aus dem Gehörgang entfernt war, einen grossen Polypen, der den Gehörgang ganz obturirte. Beim Durchspülen des Gehörganges kam die grösste Menge der Flüssigkeit bei einer Fistel unterhalb des Auges zum Vorschein. P. nahm den operativen Eingriff in folgender Weise vor: Er legte zunächst in typischer Weise den Warzenfortsatz bloss; dabei zeigte sich der grösste Theil desselben von Granulationen eingenommen, die von einer derben, schwieligen Membran eingekleidet waren. In der Tiefe sass ein loser Sequester, der aus der oberen Wand des Gehörganges und dem angrenzenden Theil der Schläfenbeinschuppe bestand. Der Sequester war $3^1/_2$ cm breit, 2 cm hoch und $2^1/_2$ cm dick. Nach Entfernung des Sequesters räumte er die massenhaft vorhandenen Granulationen aus, und ebnete mit dem scharfen Löffel die Wände der Sequesterhöhle, die aus cariösem Knochen bestanden. Um eine Verbindung zwischen der Fistel unter dem Auge und der cariösen Höhle herzustellen, verlängerte er den ersten Schnitt, den er hinter der Ohrmuschel geführt hatte, über derselben bogenförmig bis an den unteren Orbitalrand, durchtrennte die Weichtheile und kam durch ein schwielig verdicktes Gewebe hindurch in der Tiefe auf einen Fistelgang, deren Lumen der Dicke eines Zeigefingers entsprach. Der Fistelgang war von einem

Digitized by Google

dichten fibrösen Gewebe ausgekleidet und mit Granulationen erfüllt. Am vorderen Ende des Fistelganges, wo derselbe am Jochbogen fixirt war, bestand eine circumscripte cariöse Stelle am Knochen. Er kratzte dieselbe und den Fistelkanal mit dem scharfen Löffel aus, tamponirte mit Jodoformgaze und vereinigte die Wundränder durch Watte. Bei afebrilem Verlauf schloss sich die Wunde per primam, während die Höhle noch weiter mit Jodoformgaze tamponirt wird.

Im Anschlusse an den oben beschriebenen Fall referirt Panzer über mehrere andere Fälle von atypischer Eitersenkung, die er zu beobachten Gelegenheit hatte:

1) Einen 64jährigen Mann, bei dem nach einer Radicaloperation wegen acuter Caries ein Senkungsabscess in der seitlichen Halspartie entstanden war. Derselbe führte von der Wunde 12 cm weit in die Tiefe. Nach dreiwöchentlicher Dauer der Eiterung stiess sich ein Fascienblatt ab, welches 10 cm lang und 6 cm breit war, worauf sich die Abscesshöhle spontan binnen 2 Tagen schloss.

2) Einen 32jährigen Mann, bei dem sechs Wochen nach einer Radicaloperation — ebenfalls wegen acuter Caries — 10 cm von der alten Wunde entfernt eine Periostitis an dem Schädelknochen entstand, welche incidirt auf rauhen Knochen führte. Eine neuerliche Operation legte den Krankheitsherd bloss, wobei es sich zeigte, dass der Knochen von innen her stärker insurirt war, als von aussen — es hatte sich in Consequenz der Periostitis um einen subduralen Abscess mit Zerstörung der anliegenden Knochenpartien gehandelt. Eine Communication mit der Wunde im Warzenfortsatz mit dem neuen Krankheitsherd war nicht nachweisbar. Acht Tage nach dem zweiten operativen Eingriff starb der Patient. Die Section ergab als Befund eitrige Meningitis und Thrombose des Sinus cavernosus bei freiem Sinus transversus.

3) Ein 12jähriges Mädchen, bei dem sich nach einer Radicaloperation ein Senkungsabscess gegen das Hinterhaupt gebildet hatte. Panzer incidirte breit den Abscess, wobei es sich zeigte, dass der Eiter den Knochen blossgelegt und am Hinterhaupt im Umfang eines Kreuzerstückes zerstört hatte. Die Dura mater war normal. Die Heilung ging anstandslos vor sich. (Erscheint ausführlich.)

Prof. Gruber: Ich beobachtete einen einschlägigen Fall bei einem Arzte, der an Otitis media suppurativa litt. Bei demselben bildete sich bei einer Eiterung im Processus mastoideus ein Abscess hinter und ober der Muschel. Das Trommelfell war perforirt und so oft auf den retroauricularen Abscess ein Fingerdruck geübt wurde, entleerte sich massenhaft Eiter durch Tuba Eust. derselben Seite. Gewiss entsteht ein Theil der Pharyngealabscesse in Folge derartige Processe, so dass der Arzt immer auf die Erscheinungen im Rachen genau zu achten hat.

4) Prof. Gruber demonstrirt einen Fall von seltener Schläfebein-Caries.

Der Kranke, den ich Ihnen vorstelle, leidet an einer, wenn sie einseitig vorkommt, häufigen Erkrankung, beiderseitig ist sie jedoch seltener. Der Patient ist 18 Jahre alt. Im 7. Lebensjahre wurde er von einer Dreschmaschine auf den Kopf getroffen; von dieser Zeit an soll er an Ohrenfluss gelitten haben, der nach sechs Monaten sistirte,

Digitized by Google

und er sei seit dieser Zeit nie gesund gewesen. Im August d. J. bekam er plötzlich Schmerzen, und das linke Ohr begann zu fliessen, jedoch hörte der Ohrenfluss bald wieder auf. Vor einigen Tagen kam er auf unsere Klinik, wo sich folgender Status ergab: Auf der rechten Seite besteht eine hochgradige Verengerung des äusseren Gehörganges, der Durchmesser der äusseren Zugangsöffnung beträgt ungefähr $1^1/_2$ mm. Auf der linken Seite ist mit freiem Auge gar kein Lumen zu sehen, der Gehörgang ist durch ein cutisartiges Gebilde abgeschlossen; an einer Stelle der hinteren Wand ist eine kleine Spalte, durch welche man $^1/_2$ cm in die Tiefe eindringen kann, dann hört die Communication auf. Hinter dem Ohre befindet sich am Processus mastoideus ein Fistelgang, der 2 cm tief gegen das Mittelohr führt. Interessant ist Folgendes: Wenn eine Entzündung im Mittelohr längere Zeit besteht, entwickelt sich oft eine Hyperplasie im äusseren Gehörgange, wie sie z. B. bei Tuberculose und Scrophulose vorkommt; Totalverschluss kommt bei Erwachsenen nicht oft vor, bei Kindern häufiger. Hat dann eine solche Verwachsung der Weichgebilde lange Zeit bestanden, so entwickelt sich centralwärts Knochenmasse, welche den Gehörgang vollständig obliteriren kann, dann handelt es sich nicht blos um eine Verwachsung der Weichgebilde, sondern um eine Knochenneubildung. Der Fistelgang besteht in Folge dessen, dass eine eitrige Entzündung des Mittelohres bestand; es fragt sich nun, was in der Tiefe den Verschluss des äusseren Gehörganges bildet. Es könnte sein, dass sich hinter den Weichgebilden eine Hyperostose entwickelt hat. Auf mich macht es den Eindruck, als wenn da ein Sequester vorhanden wäre, der nach aussen zu gleichsam abgekapselt ist. Wir finden, dass sich mitunter bei Entzündungen im Proc. mastoideus Sequester entwickeln, und dass diese in die Weichgebilde des äusseren Gehörganges vordringen und denselben verschliessen, indem die Weichgebilde vorgedrängt werden. Mit Sicherheit kann man dies natürlich nicht behaupten, weil man den Sequester nicht sieht, man tastet nur eine Knochenmasse. Es könnte auch sein, dass der Knochen durch eitrige Processe aufgetrieben wurde. Es ist jedoch sonderbar, dass der Kranke beiderseits ein ziemlich gutes Hörvermögen besitzt: rechts, wo der Verschluss nicht vollständig ist, Uhr $1^1/_2$ Schuh (normal 5 Schuh), auf dem anderen in contiguo auriculae. Er lateralisirt meist nach der linken Seite. Ferner ist es wunderbar, dass der Kranke trotz des Verschlusses und der Erkrankung keine Spur von subjectiven Gehörsempfindungen hat; bei jugendlichen Individuen sind dieselben selten, doch in einem solchen Alter, in welchem Pat. steht, und bei derartigen Erkrankungen kommen sie vor.

Den Aufschluss über die vorliegenden Verhältnisse wird die Operation bringen. Es wird die Trepanation des Warzenfortsatzes gemacht werden und dabei wird sich ergeben, was alles wegzunehmen ist. Es muss auch wieder das Lumen des Gehörganges hergestellt werden und für dessen Offenhaltung gesorgt werden. Zur Zeit, wo der Schlag geführt wurde, soll er eine Facialisparalyse gehabt haben, jetzt besteht eine leichte Parese.

Docent Dr. Pollak, der den Kranken der Klinik zusandte, bemerkt: Als ich den Patienten zum ersten Male sah, war die Fistel

Digitized by Google

schon vorhanden, bei der Ausspritzung des äusseren Gehörganges floss die Spülflüssigkeit durch die Fistel ab.

5) Dr. Gomperz stellt eine Patientin mit Perlbildung nach der Radicaloperation vor.

Bei dem 14jährigen Mädchen wurde am 29. April die Radicaloperation wegen Caries und Cholesteatom nach Stacke ausgeführt, am 10. Juni war die Oeffnung hinter dem Ohre geschlossen, am 24. Juni die Wundhöhle schön epidermisirt, und jede Absonderung dauernd beseitigt; das Ohr blieb seitdem trocken.

Der gegenwärtige Status zeigt nach zwei Richtungen bemerkenswerthe Befunde. Das Trommelfell war zur Zeit der Radicaloperation vollständig erhalten, nur in seinem oberen Theile befand sich eine Fistel, aus der immer neue Polypenmassen vorwucherten. Jetzt ist noch die ganze untere Hälfte der Membran erhalten, oben, wo die Excision eines Theiles des Trommelfelles zugleich mit der Entfernung des Hammers und Ambosses gemacht wurde, sieht man durch den Defect den Canalis Fallopiae und die Fenestra ovalis, der Stapes scheint bei der Auskratzung entfernt worden zu sein, denn man sieht die Fenestra ovalis leer. Nach oben wird die Paukenhöhle durch eine neugebildete Membran von der Warzenhöhle geschieden; sämmtliche Mittelohrräume liegen übersichtlich zu Tage.

An der inneren Wand des Attic, sowie am Tegmen mastoideum fallen nun zwei hanfkorngrosse, weisse perlglänzende Kugeln auf, die fast ganz über das Niveau des glänzenden Epidermisüberzuges ragen, welcher die freigelegten Hohlräume auskleidet, und unschwer als Epithelialperlen zu erkennen sind, wie sie von Urbantschitsch und Politzer am Trommelfell beschrieben worden sind, und die ich schon öfter nach chirurgischen Eingriffen in's Mittelohr am Trommelfell entstehen sah. Ich fasse diese kleinen Neubildungen als Cholesteatome auf, ohne zu befürchten, dass es die Vorboten des Recidiv's sind. Diese Perlen haben meist gutartigen Character und wachsen wohl kaum über Hanfkorngrösse; wenn man sie entfernt, treten gewöhnlich keine Recidiven auf. In dem vorgestellten Falle ist ferner zu bemerken, dass die Patientin trotz des scheinbar ganz fehlenden Stapes eine ausgezeichnete Hörweite hat; die Flüstersprache wird auf 9 m gehört.

Discussion.

Prof. Urbantschitsch: Vor einigen Tagen habe ich eine gleiche Perle, wie sie sich in dem demonstrirten Falle vorfindet, in der Tiefe der Paukenhöhle bei einer Patientin beobachtet und dieselbe auch extrahirt. Bei der Patientin war vor einem Jahre die Radicaloperation gemacht worden, welche guten Heilungsverlauf zeigte. Ich beobachtete, wie gesagt, am Grunde der Paukenhöhle später ein solches Gebilde frei liegend, welches sich bei der Untersuchung als aus Epithel mit Cholestearinkrystallen bestehend erwies.

Dr. Panzer: Ich habe einen ähnlichen Fall vor einigen Tagen bei einem Kinde in meiner Ambulanz beobachtet, wo eine totale Perforation des Trommelfells bestand. Das Gebilde war hanfkorngross, lag vollständig frei in der Paukenhöhle, so dass ich es nicht mit der Pincette entfernen konnte, und bestand aus geschichtetem Epithel mit Cholestearinkrystallen.

Digitized by Google

6) Dr. Panzer berichtet über einige Fälle von unregelmässigen Eiteransammlungen. Vier Krankengeschichten.

Dr. F. Alt stellt einen 33jährigen Patienten aus der Klinik des Herrn Hofrates von Schrötter vor, der eines Tages, ungefähr vor drei Jahren, nachdem er sich am vorhergegangenen Tage vollständig gesund zu Bett gelegt hatte, mit einer rechtsseitigen Lähmung (Hemiplegie) erwachte. Der Kranke hatte die Sprache verloren, war auf dem rechten Ohre complet taub, klagte über Schwindel und Sausen im rechten Ohre. Das Sehvermögen war intact; die Erinnerung an Alles, was Patient früher erlebt hatte, war vollkommen entschwunden. Die Sprache besserte sich allmählich zur jetzigen (später zu besprechenden) Gestaltung. Sechs Jahre vor dem Anfalle hatte Patient ein Ulcus durum acquirirt. Potus in hohem Grade zugegeben.

Aus dem Status praesens sei hervorgehoben: Facialisparese rechts, Augenbefund vollständig normal; der Patient erkennt ihm vorgezeigte Gegenstände; er kann sie jedoch nicht benennen, er hat den Namen vergessen. Wird ihm der Name eines ihm gezeigten Gegenstandes genannt, so erinnert er sich gleich daran und spricht das Wort nach. Der Patient konnte früher lesen und schreiben, jetzt ist ihm das Schreiben unmöglich. Giebt man ihm eine Leseprobe, so erkennt er nach und nach die einzelnen Buchstaben. Er buchstabirt. Manchmal ist ihm die Bezeichnung eines Buchstaben entfallen, er kann sich erst an dessen Bezeichnung erinnern, wenn er das Alphabet vom Anfang hersagt. Er kann jedoch die erkannten Buchstaben nicht zu einem Worte verbinden, weil er die ersten Buchstaben schon vergessen, bevor er die letzten des Wortes ausgesprochen hat.

Parese der rechten oberen und unteren Extremität. Keine Sensibilitätsstörung.

Ohrbefund: Gehörgang beiderseits mittelweit, trocken, Trommelfell beiderseits in Farbe, Glanz und Wölbung normal. Hörvermögen links normal. Uhr rechts wird weder vor der Ohrmuschel, noch vom Warzenfortsatze aus gehört. Flüstersprache wird rechts nicht gehört, laute Sprache nur in unmittelbarer Nähe des Ohres, wobei das linke Ohr nicht vollständig ausgeschlossen werden kann. Die auf den Scheitel aufgesetzte, stark schwingende C_2-Stimmgabel wird an der Ansatzstelle percipirt, ebenso beim Ansetzen an verschiedenen Stellen der Kopfes. Rinne links positiv mit normaler Kopfknochenleitung. Von dem rechten Ohre wird die grosse C_2-Gabel (512 Schwingungen) nicht gehört, die Kopfknochenleitung rechts ist gegenüber der linken Seite um 9 Secunden verkürzt. Links werden sowohl hohe als tiefe Töne gut gehört, rechts gar nicht. Zur Prüfung wurden verwendet: $C = 128$ Schwingungen, $C_1 = 256$, $C_2 = 512$, $C_3 = 1024$, $C_4 = 2048$ Schwingungen.

Der Vortragende weist darauf hin, dass die Theorien über das corticale Hörcentrum und über die subcorticale Hörbahn nur eine geringe Stütze durch klinische Beobachtungen finden, zumal auf Grund vereinzelter Befunde seitens der Neuropathologen die incongruentesten Anschauungen vertreten werden.

So stellt Westphal die Resultate der Thierexperimente sehr in Frage, weil in einem von ihm beobachteten Falle die Rinde des linken Schläfelappens durch Geschwulstbildung bis auf die äusserste Spitze

Digitized by Google

vollständig zerstört war, ohne dass Schwerhörigkeit bestand. Allerdings wurde keine genaue Untersuchung des Gehörorgans vorgenommen. Es konnte Taubheit eines Ohres bestanden haben, denn es findet sich nur die Angabe, der Patient habe in den Zeiten, in welchen er nicht somnolent war, stets auf die an ihn mit gewöhnlicher Stimme gerichteten Fragen geantwortet. Westphal's eigene Worte lauten: Man muss die Möglichkeit zugeben, dass später Taubheit eines Ohres bestanden haben konnte.

Luys sucht auf Grund einer Beobachtung, in welcher bei vollständiger Taubheit nach doppelseitiger Otitis purulenta ein fast vollständiger Schwund des Cuneus und der benachbarten Windung des Hinterhauptlappens beiderseits sich fand, rechts auf den Präcuneus übergehend, bei fast vollständigem Schwund beider Vn. acustici die Gehörsphäre entsprechend diesem Befunde zu localisiren.

Strümpell fasst mit Rücksicht auf einen Sectionsbefund die Läsion des Parietallappens als Ursache der Taubheit auf.

Alt citirt ferner auf Läsionen des Schläfenlappens zurückgeführte Fälle von gekreuzter und beiderseitiger Taubheit von Kussmaul-Kaufmann, Wernicke-Friedländer und anderen Autoren.

Bei dem vorgestellten Kranken stellen die Internisten mit Rücksicht auf die rechtsseitige Hemiplegie, die Aphasie und den sonstigen negativen Befund die Diagnose auf einen Herd, der in der Nähe der inneren Kapsel gelegen wäre. Mit Rücksicht auf die rechtsseitige Taubheit konnte man sich dieser Anschauung anschliessen, wenn man annimmt, dass die centrale Hörbahn des Acusticus durch die innere Kapsel zum Schläfenlappen zieht. Bei dieser completen, gekreuzten Taubheit muss aber doch der Herd auch die Stabkranzfaserung des Schläfenlappens betreffen. Gegen eine corticale Läsion spricht der Umstand, dass der Herd im Schläfelappen sehr klein sein müsste, da die Symptome der optischen Aphasie und der sensorischen Aphasie fehlen und auch ein Uebergreifen nach vorne auf das Sprachcentrum ausgeschlossen werden kann. Die rechtsseitige Taubheit wurde demnach auf eine subcorticale Läsion der centralen Hörbahn zurückgeführt.

XII. internationaler medicinischer Congress zu Moskau

vom 19.—26. August 1897.

Section XIIb.

Krankheiten des Larynx und der Nase.

Vorsitzender: E. M. Stepanow, Moskau.
Secretär: A. F. Bélayeff, Moskau.
Referent: Dr. **Gorodecki**, Kischinew.
(Schluss.)

Sitzung vom 22. August 1897.

I. Prof. H. Krause (Berlin): Aetiologie und Therapie des Verlustes der Singstimme. (Programmthema.)

Ref. fasst das Resultat seiner Beobachtungen in folgenden Sätzen zusammen:

Digitized by Google

1) Von den schon in der constitutionellen Anlage begründeten allgemeinen ätiologischen Momenten der Erkrankung der Singstimme verdienen die grösste Beachtung die Chlorose, die Anämie und die neuropathische Belastung.

2) Die besonderen Ursachen sind zu scheiden in:

a. Solche, welche von der Intelligenz, der künstlerischen Auffassung,

b. solche, welche von den peripheren Organen, dem Windrohr, dem Kehlkopf und dem Resonanzrohr ausgehen.

Ad a. sind anzuführen: Unfähigkeit zur selbstständigen Controle der Kraftübungen und Leistungen des Stimmorgans, lückenhaftes seelisches Empfinden, Neurasthenie, Psychosen.

Ad b. 1) Mittelbare Ursachen: ungenügende Entwicklung des Kehlkopfes, Windrohrs oder Resonanzrohres bei ausreichender Intelligenz; daher Missverhältniss zwischen Wollen und Können.

Fehlerhafter Gesangsunterricht; mangelhafte Vor- und Ausbildung der Gesangslehrer für ihren Beruf; einseitiger, verschrobener Unterricht durch Routiniers; die Ansprüche, welche an den Unterricht zu stellen sind, sind recht mannigfach: so sollen unter Anderem die Gesangslehrer ausser musikalischen Fähigkeiten und Kenntnissen ein zu bestimmendes Maass an Wissen in der Anatomie und Physiologie des Stimmorgans besitzen und sind dahin zu informiren, dass jede Stimmstörung auf organische Veränderungen zurückzuführen ist und nicht ihrem Urtheil, sondern dem des sachkundigen Arztes untersteht.

2) Unmittelbare Ursachen: Dahin sind die Erkrankungen der Kehlkopfschleimhaut zu rechnen; auch eine ganze Reihe allgemeiner und localer Erkrankungen können auf die Dauer störend einwirken.

Discussion.

Dr. Cube (Mentone) erwähnt eines Falles, wo durch Erkältung das Muskelgefühl für einen bestimmten Ton verloren ging und der durch Muskelgymnastik geheilt wurde.

Dr. Hellat (St. Petersburg) empfiehlt, die Gesangslehrer unter staatliche Controle zu stellen und ihnen von ärztlicher Seite die nöthigen Winke ertheilen zu lassen. Es ist bei Sängern sehr darauf zu achten, dass die Nasenathmung nicht gestört sei; die Bedeutung derselben liegt darin, dass sie zugleich Abdominalathmung ist.

Dr. Barth (Brieg bei Breslau): Der Gesang ist sehr wichtig in der Therapie der Chlorose. Die Gesangslehrer sollen die Stimme ihrer Schüler nicht überanstrengen; auch darauf achten, dass der Larynx beim Singen nicht gewaltsam in die Höhe geschnellt werde.

Dr. Gleitsmann (New-York): Nicht jeder Sänger kann seinen Beruf während der Behandlung unterbrechen. Gleitsmann berichtet über einen Fall von Trockenheit des Kehlkopfes, den er mit einer Mischung von Benzosol mit Campher und Menthol behandelte, und bei dem er ohne Unterbrechung des Berufes günstigen Ausgang erzielte. Es sollen auch Veränderungen der Nebenhöhlen berücksichtigt werden.

Dr. Catti (Fiume) hat Catarrhe der Luftröhre als Grund des Versagens der Stimme beobachtet. Nicht immer entspricht der objective Befund im Larynx dem Grade der Stimmstörung.

Prof. Krause: Es haben auch psychische Einflüsse grossen Ein-

Digitized by Google

fluss auf die Stimme. Krause betont die Nothwendigkeit einer Controle der Gesangslehrer. Auch in Betreff der Chlorose stimmt er mit Barth überein, ebenso was das zu starke Heben des Kehlkopfes anbetrifft. Bei bedeutenderen Stimmstörungen soll der Beruf für eine gewisse Zeit aufgegeben werden.

II. Dr. Heryng (Warschau): Ueber operative Behandlung von Kehlkopfcatarrhen und Pachydermia diffusa.

Was zunächst den normalen Kehlkopfbefund anbetrifft, so ist zu bemerken, dass nicht die ganz weissen Stimmbänder am besten functioniren, da sie gewöhnlich von verdicktem Epithel bedeckt sind. Geröthete Stimmbänder kommen bei den grössten Sängern vor. Man soll die Diagnose bei Sängern nicht allzu rasch stellen und energische Kuren bei diesen anspruchsvollen Patienten vermeiden.

Als ätiologische Momente der Pachydermia diffusa sind anzuführen: Ueberanstrengung, langdauernde Catarrhe, an denen auch das Vorurtheil, man könne eine Erkältung, einen Catarrh durchsingen, Schuld trägt, ferner ungenügende laryngologische Schulung der Theaterärzte, auch Missbrauch von Alcohol und Tabak. Die Trübung bei Pachydermia diffusa sitzt an der oberen oder unteren Stimmbandfläche, manchmal auch am freien Rande.

In einem Falle, wo der freie Rand des Stimmbandes verdickt war, entschloss sich Heryng, operativ vorzugehen; er entfernte mit der Krause'schen Pincette die Verdickungen und erzielte ein recht gutes Resultat. Man kann nach dieser Operation auch ätzen, um durch die in Folge der Aetzung eintretende Aphonie die Sänger vom Singen abzuhalten. Doch soll man zur Aetzung weder Chromsäure noch Galvanocaustik benutzen.

Gichtische Erkrankungen des Kehlkopfes kommen bei Sängern vor. Heryng berichtet über zwei Fälle. In dem einen Falle fanden sich bei einem Mädchen in der Mitte des Stimmbandes quere weisse Streifen. Pat. litt an typischer Gicht. Bei der Durchleuchtung erwiesen sich die Streifen als dunkel, woraus zu schliessen war, dass es gichtische Auflagerungen seien. In dem zweiten Falle, bei einer an Gicht leidenden Frau bestand deutliches Knarren bei Bewegung des Kehlkopfes.

III. Dr. Castex (Paris): Ueber Krankheiten der Stimme.

Die Diagnose dieser Erkrankungen ist recht schwierig; man muss zunächst wissen, ob Pat. überhaupt eine Singstimme besitzt.

Die Sprechstimme ist von der Singstimme zu unterscheiden; oft strengt das Sprechen an, wo das Singen es nicht thut. Es erklärt sich dies dadurch, dass die Stimmbänder beim Sprechen mehr arbeiten, und zwar nur in 3—4 Noten. Unter den Affectionen der Sprechstimme ist zunächst 1) die Abschwächung zu bemerken. Solche Kehlköpfe sollen nicht maltraitirt, sondern in Ruhe gelassen werden.

2) Eine weitere Affection ist die Rauhigkeit der Stimme; dabei findet man verschiedene Veränderungen des Kehlkopfes: Catarrh, Erschlaffung der Schleimhaut, beginnende Tuberculose, aber auch normales Aussehen.

3) Eine eigenthümliche Veränderung der Stimme ist diejenige, welche von den Franzosen als voix eunuchoide bezeichnet wird.

In ätiologischer Hinsicht ist zu bemerken, dass bei verschiedenen

Digitized by Google

Geistes- und Nervenkrankheiten verschiedenartige Stimmstörungen vorkommen. Tabak hat wechselnden Einfluss.

Die Singstimme kann qualitativ und quantitativ gestört sein. Es sind zu unterscheiden:

1) Krankheiten (Störungen) des Timbre's: die Stimme ist belegt, abgeschwächt; dabei findet man objectiv oft nichts Abnormes, aber auch Catarrh, Congestion.

2) Die Ermüdung hervorgerufen durch Ueberanstrengung oder technische Fehler beim Singen. Bei den Frauen hat die Castration keinen Einfluss auf die Stimme. Die Behandlung dieser Zustände hängt von der Ursache ab und besteht in Ruhe, Inhalationen etc.

3) Störungen der Ausdauer: der Sänger singt nur im Verlaufe von 2—3 Minuten gut.

4) Störungen des Umfanges der Stimme.

5) Störungen der Intensität.

6) Verschiedene nervöse Störungen.

IV. Dr. Hellat (St. Petersburg): Zur Athmungsfrage beim Singen.

Ausgehend von der Bedeutung, die zu allen Zeiten von Sängern und Gesangslehrern der Athmung beigelegt wurde und von der practischen Erfahrung, dass alle guten Sänger der abdominellen Athmung den Vorzug geben, wird zunächst die didactische Literatur einer kurzen Durchsicht unterworfen. Referent kommt zu dem Schlusse, dass die Ausführungen in den Handbüchern für Sänger viel zu mangelhaft sind, um den Lernenden einen Begriff darüber zu geben, was man unter Abdominalathmung zu verstehen hat, oder wie man dieselbe sich aneignen könne.

Auch in der medicinischen Literatur findet Vortr. Lücken, was die Athmungsfrage beim Singen anlangt. Die Rolle des Diaphragma ist noch nicht definitiv bestimmt. Sowohl die Mandl'sche Theorie vom Widerstreit der einzelnen Muskeln, wie die Merkel'sche von der regulatorischen Wirkung des Zwerchfelles findet ihre Vertheidiger. Dadurch ist die Athmungsfrage zur Zeit recht verworren.

Vortr. verwirft die beiden Anschauungen und vindicirt der Abdominalathmung den Vorzug aus folgenden Gründen: Bei der Inspiration vermittelst Zwerchfell und Exspiration vermittelst der Bauch-Muskeln — dadurch ist zugleich die Definition der Abdominalathmung gegeben — sind die resonatorischen Verhältnisse in der Lunge bedeutend günstiger, als bei den übrigen Athmungstypen. Ferner besitzen die Abdominalmuskeln eine grosse Anpassungsfähigkeit an die Willensimpulse; endlich geschieht der Druck auf die Lungen und auf das Luftvolumen nicht durch starre Wände, wie bei der Costalathmung, sondern durch elastische, lufthaltige Zwischenlager, bestehend aus Gedärmen und Magen.

Discussion.

Dr. Botey (Barcelona): Am schädlichsten für die Stimme ist Ueberanstrengung, besonders beim Sprechen. Der Kehlkopf eines Sängers soll an Kraft und Ausdauer über dem normalen Niveau stehen. Es giebt Sänger, die mit einem Knötchen an einem Stimmbande gut singen; andere, an deren Kehlkopfe keine objectiven Veränderungen

Digitized by Google

wahrzunehmen sind, verlieren dennoch ihre Stimme. Bei ausgesungenen Stimmen findet man oft leichte Asymmetrien der Stimmbänder. Häufig entspricht der objective Befund am Kehlkopf nicht der Leistungsfähigkeit der Stimme.

Prof. Cozzolino (Neapel): Für die Stimme ist der Zustand der Kehlkopfmusculatur die Hauptsache. Cozzolino gebraucht bei Stimmstörungen oft die innere Kehlkopfmassage mit gutem Erfolg.

V. Dr. Gottstein (Breslau) demonstrirt Photographien des Pharynx, die mittelst eines neu construirten Apparates aufgenommen wurden und sich zur Betrachtung durch das Stereoskop eignen.

Sitzung vom 24. August 1897.

I. Dr. Hajek (Wien): Aetiologie und Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen mit Ausschluss der Kieferhöhle (Programmthema).

I. Aetiologie.

Influenza, Masern, Scharlach, Variola, croupöse Pneumonie, Typhus abdominalis sind oft von entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen begleitet. Es ist noch nicht sichergestellt, in welcher Weise die genannten Infectionskrankheiten die Entzündung der Nebenhöhlen bedingen. Auch ist es noch nicht erwiesen, ob die im Secret vorgefundenen Bacterien die primäre Infectionsursache darstellen, oder nur als secundäre Beimengung aufzufassen sind. Die Frage, ob die bei den genannten Infectionskrankheiten auftretenden Nebenhöhlenempyeme von der Entzündung der Nasenschleimhaut fortgepflanzt werden, oder selbstständige Erkrankungen darstellen, ist noch nicht entschieden. Die meisten Autoren sind letzterer Ansicht. Doch ist, wie Vortragender glaubt, die Fortpflanzung von der Nasenschleimhaut durch Beobachtung der Attaquen bei chronischen Empyemen so gut wie erwiesen.

Viele Catarrhe und Empyeme der Nebenhöhlen heilen spontan, viele nicht. Die Ursache des Chronischwerdens der Empyeme ist in anatomischen Verhältnissen und Secreteigenthümlichkeiten begründet, welche eine rasche Entleerung des Secrets verhindern.

Ueber die causale Beziehung zwischen Nasenpolypen und Empyemen sind die Ansichten noch nicht völlig geklärt. Dass die Empyeme häufig Ursachen der Nasenpolypen sind, ist erwiesen. Ebenso erwiesen ist es, dass Polypen auch ohne Empyeme, als eine genuine Entzündung des Siebbeinüberzuges auftreten können. Fraglich ist noch, ob die Polypen als primäre Ursache von Empyemen aufgefasst werden können. Die Beobachtung, dass Fälle von Eiterungen des Siebbeines zuweilen nach Entfernung der den Secretabfluss hindernden Polypen und Hypertrophieen ohne weitere Massnahme heilen, beweist zum mindesten, dass die Polypen und Hypertrophieen für das Fortbestehen der Empyeme förderlich sind.

Die Ansichten über den ätiologischen Zusammenhang zwischen Empyemen und Ozäna sind zerfahrener denn je. Der Ansicht der Anatomen, dass die Nebenhöhlenerkrankungen bei der Ozäna nur ein accidentelles Vorkommniss darstellen, steht die Ansicht vieler Rhinologen entgegen, welche Nebenhöhlenerkrankungen oft bei Ozäna vorgefunden haben.

Digitized by Google

Die Frage, woher in einzelnen Fällen das Secret rührt, steht noch immer im Vordergrunde der Discussion.

II. Diagnose.

In Bezug auf die Diagnose des Stirnhöhlen- und Siebbeinlabyrinthempyems sind die fortgeschrittenen Fälle mit äusserlich sichtbaren Symptomen, wie Geschwulstbildung an der inneren und oberen Wand der Orbita, Orbitalabscess mit Verdrängung des Bulbus, mit oder ohne Fistelbildung, von den sogenannten latenten Empyemen zu unterscheiden, wo mangels sichtbarer Symptome nur die rhinologische Untersuchung mittelst Sonde und Cocain Aufschluss zu geben vermag.

Ohne Sondenuntersuchung giebt es keine verlässliche Diagnose des latenten Stirnhöhlen- und Siebbeinempyems. Eine leicht biegsame stumpfe Sonde ist in der Hand eines Geübten vollkommen ungefährlich. Das wesentliche Moment der Diagnose besteht in der Feststellung des Eiterherdes durch die Sonde; gegenüber dem Resultate der Sondirung sind alle Arten von subjectiven Symptomen der Kranken in Bezug auf die Diagnose von untergeordneter Bedeutung.

Es hängt mit der Inconstanz im Baue des vorderen Siebbeinlabyrinthes zusammen, dass bei Erkrankung der Stirnhöhle ein Ausschluss der Erkrankung der vorderen Siebbeinzellen nur schwer möglich ist. Zur Diagnose des latenten Stirnhöhlen- und Siebbeinlabyrinthempyems ist oft die partielle Resection der mittleren Muschel nothwendig. Die Resection soll mit schneidenden Instrumenten geschehen.

Das geschlossene Empyem des Siebbeinlabyrinths kann sich in der Ausdehnung der nasalen Seite allein äussern. Die Ausdehnung tritt gewöhnlich als eine Auftreibung der mittleren Muschel oder eines an Stelle der mittleren Muschel in die Nasenhöhle hineinragenden Tumors auf, selten wird das Septum osseum auch auf die entgegengesetzte Seite gedrängt.

Der an Stelle der mittleren Muschel auftretende Tumor kann bedingt sein: 1) durch Eiterretention in einer blasig gebildeten mittleren Muschel, 2) durch Ausdehnung einer tief in die mittlere Muschel hinabreichenden Siebbeinzelle, 3) durch Eiterretention in der Bulla ethmoidalis, welche dann geschwulstförmig über der unteren Muschel hervorragt. In letzterem Falle wird es erst nach Entfernung der knöchernen Wand der Bulla klar, dass der Tumor nicht der mittleren Muschel entsprach, da die früher nach oben verdrängte mittlere Muschel sichtbar wird.

Die geschlossenen Empyeme einzelner Siebbeinzellen, wenn keine Dilatation besteht, sind der Diagnose nicht zugänglich. Sie werden zuweilen nach Entfernung von Polypen und Hypertrophien entdeckt.

Die Unterscheidung, ob das Secret aus dem vorderen oder hinteren Siebbeinlabyrinth entstammt, ist bei offenen Empyemen durch die anatomische Lage der Ausführungsgänge gegeben; bei geschlossenen Empyemen ist eine genaue Differentialdiagnose oft unmöglich. Das offene Empyem des hinteren Siebbeinlabyrinths zeigt denselben rhinoscopischen Befund wie das Empyem der Keilbeinhöhle: das Secret erscheint entweder in der Fissura olfactoria oder über der mittleren Muschel am Rachendach.

Die Diagnose des Empyems der Keilbeinhöhle ist, wenn die Oeff-

Digitized by Google

nung der Höhle sicht- und sondirbar ist (selten), leicht; liegt aber die mittlere Muschel dem Septum an, dann ist wohl die Resection des grössten Teiles der mittleren Muschel unvermeidlich. Endlich ist im Allgemeinen daran festzuhalten, dass der durch die Sonde erhobene Befund über die Resistenzfähigkeit einzelner Theile des Siebbeines allein für sich ebenso wenig entscheidend für die Diagnose ist, als der Ort, wohin die Kranken ihre Schmerzen verlegen.

II. Prof. Moure (Bordeaux): Bericht über die Behandlung der Nebenhöhlenerkrankungen (mit Ausschluss der Kieferhöhle). (Programmthema.)

Ref. hebt die Nothwendigkeit hervor, sowohl die einzelnen Höhlen als auch die einzelnen Krankheitsformen gesondert zu betrachten. Er theilt die Entzündungen der Höhlen in 1) mucopurulente, 2) eitrige, welche mit der Zeit zu Hypertrophie und Polypenbildung um den Ausführungsgang führen, 3) ostitische Form (Caries). Gesondert werden die combinirten Sinusitiden besprochen. M. beschränkt sich auf Besprechung der chronischen Formen.

Sinusitis ethmoidalis.

a. Mucöse Form: Die Behandlung besteht in Inhalation aromatischer Abkochungen mit Zusatz von Menthol, Eucalyptus, Pulverisation mit Mentholöl, Anwendung von Jodvaselin, Argentum nitricum. Auch kann man sich blos exspectativ verhalten.

b. Latente und fungöse Form: Hier ist eine je nach den Umständen mehr oder weniger vollständige Eröffnung oder Resection der erkrankten Zellen angezeigt. Es ist auch die Resection des vorderen Drittels der mittleren Muschel am besten mit schneidender Zange oder Schlinge auszuführen. Dabei ist strengste Asepsis, sowie rasches Operiren von grösster Bedeutung.

c. Ostitisch-fistulöse Form: Es besteht meist Durchbruch nach der Orbita; es muss von aussen operirt werden. Man dringt durch die Orbita ein; manchmal muss man auch die temporäre Resection der Nase ausführen. Vortragender empfiehlt, nach der Operation die äussere Wunde sofort zu nähen und die Nachbehandlung endonasal durchzuführen.

Sinusitis frontalis.

a) Mucöse Form: Behandlung exspectativ oder wie der entsprechenden Form der Sinusitis ethmoidalis. Man soll sich nicht beeilen, die Stirnhöhle auszuspülen, jedenfalls beim Catheterismus Cocain anwenden. Auch die Politzer'sche Lufteintreibung ist von guter Wirkung.

b. Latente fungöse suppurative Form: Ist gewöhnlich mit Empyem der Kieferhöhle combinirt, der Ductus naso-frontalis ist durch Fungositäten verengt. Man muss zunächst die Kieferhöhle desinficiren. Sodann begnügt man sich in den leichten Formen, den Ductus freizulegen, event. das vordere Drittel der mittleren Muschel zu entfernen. Nach diesen vorbereitenden Manipulationen kann man dreifach verfahren: 1) Sondiren, 2) den Sinus intranasal eröffnen, 3) von aussen her operiren. Ad 1) die Sondirung ist unsicher und gefährlich, ad 2) diese Methode ist gegenwärtig vollständig verlassen, ad 3) es ist dies die sicherste Methode: man eröffnet mit Meissel oder Trepan, kratzt aus

Digitized by Google

und wischt mit 20proc. Chlorzink aus. Die neueste Modification betrifft die Nachbehandlung; es wird nämlich die äussere Wunde sofort genäht und ein Drain aus der Höhle in die Nase geführt. Der Drain kann oft schon nach 5—6 Tagen entfernt werden. Man soll sich bei der Operation auch vom Zustand der gegenseitigen Stirnhöhle überzeugen.

c) Fistulöse, ostitische Form: die Behandlung ist dieselbe wie bei der suppurativen Form.

Sinusitis sphenoidalis.

a. Mucöse Form wird meist mit Affectionen der Siebbeinzellen oder Retronasalcatarrh verwechselt.

b. Fungöse Form wird durch Eröffnung und Auskratzung des Sinus durch die Nase hindurch erfolgreich behandelt. Die Operation kann durch Entfernung der mittleren Muschel erleichtert werden.

c. Fistulöse Form. Der Operationsplan passt sich den einzelnen Fällen an.

Combinirte Sinusitiden.

Dieselben sind immer purulent.

a. Fungöse Form. Die einzelnen Höhlen werden eine nach der anderen nach den beschriebenen Methoden behandelt.

b. Ostitische Form verlangt ausgedehnte Operation auf äusserem Wege, welche eine breite Communication mit der Nasenhöhle herstellen soll.

Discussion.

Dr. Weil (Wien) betont die Nothwendigkeit, den Eiter ohne Schleimhautverletzung abzuleiten. Auskratzen habe keinen Zweck. Ist das Siebbeinlabyrinth betheiligt, so kann es in vorsichtiger Weise eröffnet werden, doch soll man nicht tamponiren. Der Sitz der Schmerzen kann zur Diagnose verwerthet werden. Die Schäffer'sche Sondirung soll aufgegeben werden.

Dr Hill (London): Man soll immer eine grosse Oeffnung gegen die Nase anlegen. Um Narbenbildung zu vermeiden, soll man keinen Drain einlegen.

Dr. Jansen (Berlin) legt ebenfalls den subjectiven Symptomen Bedeutung bei. Die Diagnose ist schwierig, weil wir es mit combinirten Empyemen zu thun haben. Das Siebbein ganz freizulegen ist sehr schwer. Auch grosse Stirnhöhlen sind schwer freizulegen. Schliesslich befürwortet Jansen die Ausschabung.

Dr. Hajek (Wien) befürwortet die Entfernung der mittleren Muschel. Eine geschwollene Bulla ist nicht immer von der mittleren Muschel zu unterscheiden. Hajek glaubt, dass die conservative Behandlung im Anfang des Leidens Erfolg haben kann; in vorgeschrittenen Fällen soll operirt werden. Hajek hält Nichts von der Constanz der Schmerzen; dieselben können ziemlich weit irradiiren.

Dr. Moure (Bordeaux): Man soll rechtzeitig operiren, um endocraniellen Complicationen vorzubeugen. Die medicamentöse Behandlung soll daher nicht allzu lange dauern.

III. Dr. Jansen (Berlin): Zur Radicaloperation chronischer combinirter Empyeme der Nase.

Es ist bekannt, wie oft die Kieferhöhlenempyeme nach der Ope-

Digitized by Google

ration recidiviren. Die Recidive gehen vom Boden und von den Seitenwänden der Kieferhöhle aus. Daher muss man bei der Operation den Boden der Kieferhöhle freilegen, Leisten und Cysten im Innern der Höhle entfernen. Auch der laterale Höhlenwinkel soll freigelegt werden. Vom innern oberen Winkel der Kieferhöhle aus soll man auch die Siebbeinzellen eröffnen. Im Anschluss daran wird dann auch die Keilbeinhöhle eröffnet. Dabei bleibt gewöhnlich noch die erkrankte Stirnhöhle zurück, welche besonders eröffnet werden muss. Die Nachbehandlung wird von der Fossa canina aus geleitet. Trotz der breiten Eröffnung der Höhlen lassen doch die in der Behandlung der Nebenhöhlenempyeme erzielten Resultate noch viel zu wünschen übrig. Dr. Jansen demonstrirt alsdann anatomische Präparate, an denen die Ausführungsweise der von ihm bevorzugten Operationsmethode zu ersehen ist.

Dr. Weil (Wien) verwirft die Operation nicht vollständig, doch betont er, dass die damit erreichten Resultate nicht befriedigend seien und dass conservativ sehr viel geleistet werden kann.

Dr. Moure (Bordeaux): Die Operation von Jansen ist nur möglich, wenn man einen grossen einheitlichen Sinus hat. Man muss oft auch die innere Orbitalwand entfernen. Moure beschreibt alsdann die Operationsmethode von Dr. Luc (Paris): Eröffnen der Fossa canina, Herstellung einer Verbindung zwischen Highmorshöhle und Nase. Moure hat diese Methode mit einigen Modificationen angenommen.

Dr. Jansen (Berlin) betont, dass die Heilung nicht oft und nur theilweise gelinge. Gesundes Gewebe wird bei der Operation fast gar nicht entfernt. Jansen operirt nur schwere Fälle und stellt die Indicationen mit Vorsicht. Die conservative Therapie ist in manchen Fällen gar keine Therapie, da die Höhlen ganz von Granulationen erfüllt sind.

IV. Dr. Israelson (Smolensk) demonstrirt ein selbsthaltendes Nasenspeculum, welches eine Modification und Verbesserung des Flatau'schen darstellt.

Nachmittagssitzung.

V. Prof. V. Uchermann (Christiana): Ueber Laryngitis rheumatica.

Vortragender spricht über die rheumatischen Krankheitsformen im Larynx; er macht auf eine specielle Form aufmerksam, die bisher nicht beschrieben worden ist und die sich in Form von Infiltraten äussert. Dieselben treten bei Personen auf, die schon früher an rheumatischen Symptomen gelitten haben. Mit den gewöhnlichen Symptomen von Schmerzhaftigkeit beim Schlucken etc. verbinden sich, wenn die Infiltrate die Articulatio crico-arytaenoidea berühren, Heiserkeit und zuweilen etwas Husten, jedoch ohne Secret. Objectiv sieht man stark injicirte, blauröthliche, glatte (nicht ulcerirte), sich ziemlich fest anfühlende Infiltrate, die eine bedeutende Grösse erreichen können (wie eine Knackmandel) und auf Salicylatbehandlung leicht weichen (schon nach ein paar Tagen). Aehnliche Infiltrate von rheumatischer Natur sieht man bisweilen am Gaumensegel, am Septum cartilagineum nasi (1 Fall mit nachfolgendem Gelenkrheumatismus), Conjunctiva, sogar am innern Gehörgange und Trommelfell (1 Fall mit nachfolgendem Gelenk-

Digitized by Google

rheumatismus), aber namentlich an der Haut (Erythema multiforme, speciell Erythema nodosum). Redner führt zwei Fälle aus den letzten Jahren an. In dem einen dieser Fälle bestand Unbeweglichkeit des einen Stimmbandes, die unter Salicylatbehandlung zurück ging. Die Laryngitis rheumatica wird leicht mit Syphilis verwechselt werden können und ist von Wichtigkeit sowohl in differential-diagnostischer, als auch in therapeutischer Hinsicht.[1])

VI. Dr. Gleitsmann (New York) demonstrirt in Vertretung des Dr. T. R. French (Brooklyn) eine Reihe von Photographieen des Larynx.

VII. Prof. Cozzolino (Neapel): a. Ueber Ozäna.

Cozzolino demonstrirt von ihm angelegte Culturen des Ozaenabacillus. Dieselben verbreiten den characteristischen Geruch. Vortr. verbreitet sich über die bacteriologischen Eigenthümlichkeiten des Bacillus (Bacillus mucosus, s. Coccobacillus Löwenbergi). Bezüglich der Therapie erwähnt er, dass gegenwärtig an der Ausarbeitung einer specifischen Serotherapie gearbeitet werde. Das Antidiphtherieserum hat keinen Einfluss auf die Ozäna.

b. Wichtigkeit der bacteriologischen Diagnose bei acuten und chronischen, exsudativen und hyperplastischen Nasenerkrankungen.

Seit einigen Jahren hat sich die Bacteriologie den anderen diagnostischen Criterien bei Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen angereiht.

Bei diesen Untersuchungen ist es von Wichtigkeit, die accidentellen Microorganismen von den direct krankmachenden zu unterscheiden. Diese Untersuchungen können gewisse Diagnosen bestätigen, selbst wenn die rhinoscopischen Symptome fehlen oder unvollständig sind. Bei Ozäna, der acuten Rhinitis, welche durch Influenza, durch Diplococcen, Streptococcen, Diphtherie, fibrinöse Exsudation bedingt ist, bei den chronischen Infectionen, wie Tuberculose, Rhinosclerom, Lupus, Rotz, Lepra, und selbst bei Rhinitis caseosa bewährt sich die Methode. Ebenso wichtig ist die bacteriologische Untersuchung bei den acuten und chronischen Processen, die sich in den Nebenhöhlen, sowie an der die Nasenlöcher begrenzenden Haut abspielen, wie Erysipel, Staphylococcen-Lymphangitis etc.; ebenso bei den Mycosen und den durch Streptococcen hervorgerufenen Läsionen der respiratorischen und Wangenschleimhaut.

VIII. Dr. Cuvillier demonstrirt einen Apparat zur Acethylenbeleuchtung für rhinolaryngologische Zwecke. Derselbe ist sehr portativ und ganz gefahrlos.

Sitzung vom 25. August 1897.

I. Dr. Jacobson (St. Petersburg): Experimentelle Beiträge über die Nasendouche und Irrigationen der Nase.

Die Experimente wurden an der Leiche ausgeführt; der Druck wurde durch ein mit einem Nasenloche verbundenes Wassermanometer gemessen. Es wurde die Wirkung der Douche mit einem vom Vortr.

[1]) Der Vortrag des Herrn Prof. Uchermann wird ausführlich in der Deutschen med. Wochenschrift veröffentlicht werden.

Digitized by Google

seit 20 Jahren gebrauchten Ansatz und einer das Nasenloch mehr oder weniger hermetisch schliessenden Olive verglichen. Ausserdem wurde das Verhältniss der Douche und der Irrigationen zu den mit der Nase und dem Nasenrachenraum in Verbindung stehenden Höhlen untersucht.

Die Resultate:

1) Die Irrigation — bei zurückgebeugtem Kopfe und gänzlich freiem entgegengesetzten Nasenloche — kann eine Erhöhung des Druckes um 3—4 und selbst um 7 cm Wasserdruck erzeugen, je nach der Menge der Flüssigkeit und der Geschwindigkeit der Irrigation.

2) Das Volumen der erwähnten Höhlen ist an der Leiche ungefähr 30 ccm gleich.

3) Die vom Autor angewandte Douche (deren wichtigster Bestandtheil in einem Ansatz besteht, der die Oeffnung des Nasenloches unmerklich verkleinert) erzeugt keinerlei Druckerhöhung, die durch das Manometer constatirt worden wäre, selbst, wenn das entgegengesetzte Nasenloch vollständig undurchgängig ist.

4) Die Douche mit einer Olive, welche das entsprechende Nasenloch nicht vollständig schliesst, ändert den Druck nicht oder erzeugt eine geringe Erhöhung von 1—2 cm, selbst wenn die entgegengesetzte Seite undurchgängig ist.

5) Wenn die Olive die Nasenhöhle gut abschliesst und das entgegengesetzte Nasenloch undurchgängig ist, wird der Druck sehr hoch, z. B. bis 76 cm.

6) Selbst wenn die Stirnhöhle an der vorderen Wand eröffnet ist, erreicht der Druck bei den erwähnten Bedingungen 10—12 cm.

7) Die durch die Douche hervorgerufene Druckerhöhung verschwindet nicht sofort nach Unterbrechung der Irrigation und Entleerung des Nasenrachenraumes.

8) Bei einem Drucke von 3 cm kann bereits die Flüssigkeit in die Paukenhöhle eindringen.

9) Manchmal dringt die Flüssigkeit unter diesem Drucke auch in die Kieferhöhle ein, ungeachtet der Enge der Communication und trotz Abwesenheit einer natürlichen oder künstlichen Supplementäröffnung. In anderen Fällen bemerkt man dieses Phänomen unter viel höherem Drucke nicht, selbst bei Anwesenheit einer kleinen accessorischen Oeffnung im mittleren Nasengange.

10) Bei Anwesenheit einer Contraapertur dringt die Flüssigkeit während einer Ausspülung in ziemlich grosser Menge in die Kieferhöhle ein selbst unter geringerem Drucke; unter einem Drucke von 10 cm dringt sie auch in die Stirnhöhle ein.

11) Man kann durch die Douche den Inhalt der Nebenhöhlen nicht hinaustreiben.

12) Die Douche entfernt den Schleim aus der Nasenhöhle und dem Nasenrachenraume.

Discussion.

Prof. Cozzolino (Neapel) frägt, welch ein Manometer Vortragender bei seinen Experimenten benutzte. Das Messen sei schwer, da Quecksilber zu schwer ist; es sei auch nicht leicht, eine geeignete Flüssigkeit zu finden.

Dr. Jacobson: Ich benutze Wasser-Manometer.

Digitized by Google

II. Dr. Sabrazès in Vertretung von Dr. Lichtwitz: Die Acetylenbeleuchtung in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie.

Wenn man die verschiedenen Beleuchtungssysteme, die in der Laryngologie benutzt werden (Auer'sches Licht, Drummond'sche Lampe, Magnesium, electrische Lampen) betrachtet, findet man an jedem derselben Unbequemlichkeiten, die deren Anwendung mehr oder weniger practisch gestalten. Die Acetylenbeleuchtung dagegen scheint alle Vorzüge der Leuchtquellen (Intensität, Constanz und weisse Färbung des Lichtes) zu vereinen, ohne deren Nachtheile zu besitzen. Man weiss, dass der Acetylengebrauch sich verbreitet hat, nachdem es Moissan gelungen ist, mittelst des electrischen Ofens grosse Quantitäten von Calciumcarbid zu erzeugen. Dasselbe erzeugt bei Berührung mit Wasser Acetylen. Von den das Acetylen erzeugenden Apparaten sind als gefährlich diejenigen auszuschliessen, welche flüssiges Acetylen erzeugen, sowie die portativen Lampen. Man soll ausschliesslich diejenigen benutzen, wo das Calciumcarbid automatisch in eine grosse Wassermenge hineinfällt.

Discussion.

Dr. Cuvillier betont die Vorzüge der von ihm demonstrirten Lampe.

Dr. von Stein (Moskau); Die Explosionsgefahr ist jetzt durch die Untersuchungen zweier französischer Forscher beseitigt. Man leitet das Acetylen in Aceton, in welchem es sich löst und aus dem es ohne jegliche Gefahr erhalten werden kann.

Dr. Cuvillier: Die von mir gebrauchte Lampe wird auch beim Velociped verwendet.

Prof. Cozzolino (Neapel): In Italien steht das Acetylen seit einem Jahre in Gebrauch.

III. Dr. Cube (Mentone) demonstrirt eine Larynxspritze, deren Rohr in einen Knopf endet, an dem man Lapis anschmelzen kann. Man kann somit beim Aetzen mit Lapis sofort eine Flüssigkeit, z. B. Kochsalzlösung nachspritzen und auf diese Weise streng localisirt ätzen und die Nachbartheile schützen. Solche Lapisätzungen sind oft angezeigt, z. B. bei Pachydermie, Geschwüren an den Proc. vocales, Geschwüren nach langdauernder Milchsäurebehandlung.

Discussion:

Dr. Catti (Fiume): Sängerknötchen sollen, wie schon auf dem Congress zu Rom festgestellt worden ist, nicht geätzt werden. Bei guter Technik kann man immer streng localisirt ätzen.

Dr. Cube meint, dass der Misserfolg der Aetzung der Sängerknötchen an der Unmöglichkeit liege, punctförmig zu ätzen.

IV. Dr. Okada (Tokio) demonstrirt microscopische Präparate von Nasenpolypen und verbreitet sich über verschiedene an denselben gefundene Gewebsveränderungen. Er constatirte:

1) eine partielle und totale schleimige Metamorphose des Epithels (Vermehrung der Becherzellen).

2) Cystische Erweiterungen der in den Polypen enthaltenen Drüsen.

3) Colloidbildung.

Er gelangt zum Schlusse, dass die Polypen entzündliche Gebilde seien, deren Epithel sich im Zustand schleimiger Metamorphose befinde.

Digitized by Google

V. Dr. Jacobson (St. Petersburg): Eine neue Methode, die Durchgängigkeit der Nase zu messen.

Da während der Ausathmung durch die Nase der Druck, unter dem die Luft aus dem Nasenrachenraum in die beiden Nasenhöhlen tritt, auf beiden Seiten gleich ist, und auch die Dauer der Functionirung bei beliebiger Beobachtungsdauer dieselbe bleibt, misst Redner die Nasenathmung durch die Menge der ausgeathmeten Luft.

Man verbindet beide Nasenlöcher gleichzeitig durch Röhren mit Gasbehältern aus Glas, die mit Wasser gefüllt und im Bade umgestürzt sind. Das untersuchte Individuum athmet durch den Mund, und auf Befehl des Experimentators athmet er durch die Nase in den beschriebenen Apparat aus, aus dem die Luft das Wasser verdrängt. Das Verhältniss der Durchgängigkeit beider Seiten markirt sich für das Auge an den Cylinderscalen, gleich wie die absolute Luftmenge eine beliebige Anzahl von Athemzügen und deren arithmetisches Mittel.

Redner glaubt, dass man diese Messungen auch mittelst zweier Spirometer machen kann. In diesem Falle könnte man die Messungen auch während der Inspiration machen: der zu Untersuchende athmet durch die Nase ein und durch den Mund aus. Der Druck und die Dauer der Athmung sind dabei dieselben, und die den Spirometern entnommenen Luftmengen bezeichnen die Durchgängigkeit der Nase.

Redner demonstrirt den von ihm verwendeten Apparat.

VI. Dr. Castex (Paris): Missbildungen und Entstellungen des Gesichtes.

Redner theilt dieselben in angeborene und sich allmählig entwickelnde ein. Er zählt folgende Formen auf:

1) Hasenscharte,
2) Wolfsrachen,
3) Kürze des Gaumens im sagittalen Durchmesser,
4) Hypertrophie der Kiefer,
5) Entstellung der Nase durch Deviation der Nasenscheidewand.

Diese bei der weissen Race fast constante Entstellung ist nach Redner durch excessive Entwicklung des vorderen Hirnbläschens bedingt. Castex operirt die Deviationen mittelst des Meissels in Narcose.

Discussion.

Dr. Botey (Barcelona) operirt bei Deviationen im vorderen Theil des Septum in folgender Weise: Er entfernt subperiostal den vordersten Theil des Septum cartilagineum und trennt auch dessen Insertion am Nasenboden ab. Dabei gleicht sich das Septum sofort aus. Bei Spornbildungen benutzt er einen Handmeissel.

Dr. Madeuf glaubt, die Septumdeviationen auf traumatische Momente, speciell Fallen auf die Nase, zurückführen zu müssen. Die Thiere und die Neger haben deshalb gerade Septa, weil sie beim Fallen auf die ihnen eigenthümlichen, hervorstehenden Kiefer aufschlagen.

Dr. Barth (Brieg bei Breslau) frägt, welcher Art die Anästhesie sei, welche Dr. Castex anwendet. Er selbst empfehle Stickstoffoxydul.

Dr. Castex bestreitet den traumatischen Ursprung der Septumdeviationen.

Digitized by Google

Vorsitzender Dr. Stepanow ergreift das Wort. Er hält einen kurzen Rückblick auf die Arbeiten der Section und spricht den Mitgliedern seinen Dank aus. Er erklärt die Section für geschlossen.

Die Section votirt ihren Dank dem Organisationscomité.

II. Referate.

a) Rhinologische:

Betrachtungen über die Nasenchirurgie. (Considérations sur la rhinochirurgie.) Von Dr. C. Biaggi. (Tribuna med. di Milano und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 31.)

Verf. missbilligt mit Recht den grossen Missbrauch, welchen man in letzter Zeit mit den Nasenoperationen treibt. Man vergisst, dass die Nase nicht nur die Function des Athmens, sondern auch den Geruchssinn, das Erhitzen der Inspirationsluft und die bacterientödtenden Eigenschaften auszuführen hat. Wenn man also mit der Absicht, die Respiration durch die Nase wieder herzustellen, diese anderen Functionen zerstört, so begeht man destructive Chirurgie. Bei Nasenverstopfung soll alle Chirurgie sich auf die untere Nasenmuschel und den Meatus inferior beschränken (Cauterisation der Mucosa, Entfernen der unteren Muschel und namentlich deren hinteren Endes, Resection einer knöchernen oder knorpeligen Spitze); so wird die Nasenathmung wieder hergestellt, ohne die anderen Functionen zu zerstören. Unnöthig ist die Resection der mittleren Muschel, welche nie beim Athmen hindert; sie soll nur bei Caries oder bei Tumoren vorgenommen werden. Bei Verkrümmungen der Nasenscheidewand soll man lieber nach aussen erweitern und die untere Nasenmuschel wegnehmen. Dr. P. K.

Unmittelbare Exstirpation grosser Nasen-Rachenpolypen auf natürlichem Wege. (Exstirpation extemporanée par les voies naturelles, des gros polypes naso-pharyngiens.) Von Dr. E. Doyen. (Arch. internat. de Laryngol etc. 1897, Band X, No. 3, Mai/Juni.)

D. verwirft die Operations-Methoden der Nasenrachentumoren auf indirectem Wege, also nach vorausgehender Spaltung des Gaumensegels, Resection des harten Gaumens, Eröffnung der Nase von vorn mittelst Osteotomie der Nasenknochen, Resection des Os maxillar. super. etc., wie sie von Manne, Diefenbach, Maisonneuve, Boeckel, Nélaton, Dupuytren, Chassaignac, Ollier, Syme, Michaux, Verneuil, Langenbeck, Bruns angegeben worden sind -- sondern glaubt immer und besser mit der directen Methode (methode de l'avenir) auf natürlichem Wege, bei hängendem Kopfe und mittelst besonderen, dem jeweiligen Falle angepassten, auf dem Blatte gekrümmten meisselähnlichen Instrumenten auszukommen. Auf diese Weise entfernte er in drei, genauer mitgetheilten Fällen, bei Kindern im Alter von 14—16 Jahren enorme Tumoren, dicht an ihrer Ursprungsstelle, mit sammt ihren Ausläufern in wenig Minuten total. Die grossen beängstigenden Blutungen, welche den Patienten auf's Aeusserste heruntergebracht

Digitized by Google

hatten, sistirten nach der Operation sofort und dauernd. Schnelligkeit des Vorgehens, unfehlbar sicheres Erfassen der Neubildung an ihrer Wurzel (immer hinter dem Vomer) und rasche Extraction sind Hauptbedingungen für das Gelingen der Operation, da die während derselben oft enorme Blutung nun erst nach derselben, und zwar mit einem Schlage aufhört. Beschorner.

b) Pharyngo-laryngologische:

Entfernen eines Fremdkörpers aus dem Respirationstractus eines 4jährigen Kindes. (Extraction d'un corps étranger des voies respiratoires d'un enfant de quatre ans.) Von Dr. Noltenius. (Achiv für Laryngologie und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 27.)

Ein 4jähriges Kind aspirirte eine vielkantige Glasperle und die Tracheotomie wurde einstweilen nicht ausgeführt. Nach einem Erstickungsanfall zeigte die Thoraxuntersuchung Atelectase der ganzen linken Lunge. Die Tracheotomie wurde ausgeführt, man reizte die Mucosa, das Auswerfen des Glaskörpers gelang nicht. Nach einigen Tagen athmete der obere Theil der linken Lunge, während der untere Theil nicht athmete. Die Sondenuntersuchung ergab, dass die Perle den Hauptbronchus verlassen hatte, um in einen Bronchus zweiter Ordnung, welcher in den unteren Lungentheil führt, zu gelangen. Verf. führte dann eine an beiden Enden offene Nélaton'sche Sonde in den betreffenden Bronchus ein und aspirirte vergebens; da das Allgemeinbefinden gut war, liess man die Trachealwunde sich schliessen und verhielt sich exspectativ. Danach trat ein neuer Erstickungsanfall ein, und da die linke Lunge in ihrer Totalität athmete, musste man den Fremdkörper in der Trachea vermuthen und eine zweite Tracheotomie machen. Nach letzterer gelang die Extraction mittelst einer gebogenen Zange. Verf. betont die grosse Toleranz der Respirationsmucosa, welche den Fremdkörper und besonders die mannigfaltigen Manipulationen so ungestraft vertragen hatte.

Alle diese Manipulationen wären unnöthig gewesen, ebenso wie die zweite Tracheotomie, wenn man der alten klassischen Methode nach verfahren wäre: beim ersten Erstickungsanfall die Tracheotomie machen, die Canüle liegen lassen und dann abwarten. (Der Ref.)

Dr. P. K.

Ueber Thyrotomie bei Larynxcarcinom. (La thyrotomie dans le cancer du larynx.) Von Dr. Ricardo Botey. (Archiv. internat. de laringol. und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 29.)

Verf. giebt der Thyrotomie den Vorzug über die Laryngectomie bei localisirtem inneren Larynxkrebs. Er hatte nie einen postoperativen Todesfall, einer von seinen Patienten hatte nach drei Jahren noch kein Recidiv. Die Laryngectomie hat 90—95 pCt. Todesfälle aufzuweisen, während die Thyrotomie nur 3—5 pCt. hat. Immerhin ist sie nur angezeigt gleich Anfangs, wenn man sicher ist, dass der Krebs das Larynxinnere noch nicht überschritten hat. Dr. P. K.

Digitized by Google

Ueber einen Fall von Pharyngealtasche. (Un cas de poche pharyngée.) Von Dr. de Santi. (Société laryngologique de Londres 13. janvier 1897 und Revue hebdomadaires de laryngologie et d'otologie 1897, No. 22.)

Der Titel sagt Alles. Dr. P. K.

Intermittirende Parese des Gaumensegels bei Neurasthenie. (De la parésie intermittente du voile du palais dans la neurasthénie.) Von Dr. J. Garel in Lyon (Arch. internat. de Laryngologie etc. 1897, Band X, No. 3, Mai/Juni.).

Drei Fälle: 1) Intermittirende doppelseitige Parese des Gaumensegels. 2) Intermittirende Parese des Gaumensegels nach Grippe. 3) Näseln. Recidivirende Paralyse des Gaumensegels. — Im ersten Falle erkrankte eine, bislang völlig gesunde Dame vor 4 Jahren an Neurasthenie. In Folge einer lebhaften Erregung trat plötzlich Näseln ein. Zeitweilig sogar gelangten beim Essen Speisetheile in die Nase. Das Näseln dauerte Anfangs nur 5 Minuten und sistirte dann mehrere Tage. Später genügte oft nur der Beginn des Sprechens, um ein nahezu unverständliches Näseln hervorzurufen und liess dann die directe Inspection in der That bilaterale Gaumensegellähmung erkennen. — Im zweiten Falle (32jährige Dame) handelte es sich um fast genau dieselben Erscheinungen. Musste hier eine Grippe als unmittelbare Veranlassung angesehen werden, so war doch die nervöse Grundlage nicht zu verkennen. Der dritte Fall betraf eine zweifellos überaus nervöse, 33 Jahre alte Dame. Hier handelte es sich um eine sehr dauerhafte Form von Parese, da der erste Anfall drei Monate lang anhielt. Vier Jahre später stellte sich in Folge heftiger Gemüthsbewegung abermals Gaumensegellähmung von 14tägiger Dauer ein, und zwei Monate später fand sie G. erneut, und zwar seit 14 Tagen, von dem genannten Leiden befallen. — Die Anfälle von Gaumensegellähmung können demnach bei Neurasthenikern kurz- oder langdauernd sein, immer aber weisen sie den intermittirenden Character auf. — Diphtherie, Syphilis, Läsion des centralen und peripheren Nervensystems waren in den beschriebenen Fällen ausgeschlossen. Die Therapie anlangend, so blieb locale Faradisation ohne Wirkung, ob die eingeleitete antispasmodische Behandlung Erfolg gehabt hat, vermochte G. leider nicht zu constatiren. Beschorner.

Ueber die Transformation gutartiger Kehlkopfneubildungen in bösartige. (De la transformation des tumeurs bénignes du larynx en néoplasmes malins.) Von Dr. Nornal und H. Pierce.

Wenn Carcinom auf einer tuberculösen oder syphilitischen Basis, wenn ferner ein Carcinom auf dem Epithelialgewebe eines gutartigen vorherbestehenden Tumors entsteht, so hat man in allen diesen Fällen nicht das Recht, von einer Transformation zu sprechen. Verf. glaubt, dass man die Idee einer Transformation durch folgende Momente mit Unrecht bekommen hat: 1) Einige Carcinome ähneln Anfangs dem Aussehen einer hypertrophischen Drüsengeschwulst, und der microscopische Befund fällt negativ aus. Später ist man sehr erstaunt, dennoch mit einem Carcinom zu thun zu haben, und man nimmt mit Unrecht eine Transformation an. 2) Da in den meisten Fällen der intime Bau eines

Digitized by Google

Tumors sich besonders in seinen tiefen Schichten zeigt und letztere dem Explorations- und Exstirpationsinstrument unzugänglich sind, da man sich in solchen Fällen natürlich mit der microscopischen Untersuchung der oberflächlichen Schichte begnügen muss, so erhält man wiederum ein negatives Resultat; später aber nimmt dieselbe Oberfläche den Bau der tieferen Schichten an, und man glaubt irrthümlicher Weise an eine Transformation. Dr. P. K.

Arsenikbehandlung des Mandelsarcoms. (Traitement arsenical du sarcome des amygdales) Von Dr. Heymann. (Archiv. internat. de laryngologie und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No 29.)

In fünf microscopisch als Sarcom nachgewiesenen Fällen, bei welchen die chirurgische Operation immer von Recidiven gefolgt war, wandte Verf. Arsen (er sagt nicht in welcher Weise und Dosis) mit Erfolg an. In Fällen also, wo eine Totalexstirpation Sache der Unmöglichkeit ist, ist man verpflichtet, die Arsenikbehandlung einzuleiten. Dr. P. K.

Larynxnecrose am Ende eines Typhus. (Nécrose du larynx au déclin d'une fièvre typhoide.) Von Dr. Eug. Druon. (Journal des sciences médicales de Lille No. 13 und Revue hebdomadaire de laryngologie et d'otologie 1897, No. 27.)

Trat am 26. Tage auf und endete tödtlich trotz Tracheotomie. Dr. P. K.

Notiz.

Oesterreichischer Otologentag.

In Berücksichtigung dessen, dass die verschiedenen, nunmehr sehr zahlreichen medicinischen Congresse zumeist in den Sommermonaten abgehalten werden, wodurch die Collegen behindert sind, an mehreren derselben theilzunehmen, hat die Oesterreich. otologische Gesellschaft beschlossen, ihren Otologentag in den letzten zwei Faschingstagen abzuhalten. Der **nächste Otologentag** wird also am **20. und 21. Februar 1898** in Wien abgehalten werden. Die Herren Collegen, welche sich zu betheiligen wünschen, mögen sich beim Secretär, Herrn Docenten Dr. Pollak (Wien I, Kärntnerstrasse 39) melden und das Thema, über das sie vorzutragen gedenken, angeben. Diejenigen Herren, welche der Gesellschaft als Mitglieder beizutreten wünschen, mögen sich bei einem der Gesellschaftsmitglieder melden.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften, Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. **Gruber** in Wien I, Freiung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. Ph. Schech in München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz). Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google